

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PRISCILA SIQUEIRA CORRÊA

**SAÚDE PÚBLICA E FILANTROPIA NO HOSPITAL DE CARIDADE:
UMA QUESTÃO EM DEBATE**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 18 / 02 / 04

FLORIANÓPOLIS

2003

p/Cristina Faustino
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

PRISCILA SIQUEIRA CORRÊA

**SAÚDE PÚBLICA E FILANTROPIA NO HOSPITAL DE CARIDADE:
UMA QUESTÃO EM DEBATE**

**Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social,
Departamento de Serviço Social,
Centro Sócio-Econômico,
Universidade Federal de Santa
Catarina.
Orientador: Professor Luiz Carlos
Chaves**

FLORIANÓPOLIS

2003

PRISCILA SIQUEIRA CORRÊA

**SAÚDE PÚBLICA E FILANTROPIA NO HOSPITAL DE CARIDADE:
UMA QUESTÃO EM DEBATE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof.º Luiz Carlos Chaves
Orientador

Saete Maria da Silva
Assistente Social do Hospital de Caridade

Magda Duarte dos Anjos Sherer
Assistente Social

Florianópolis, fevereiro de 2004.

DEDICATÓRIA

Dedico essa vitória aos meus pais,
Carlos e Jucelane, que me ensinaram
desde pequena que meu futuro
dependeria do meu esforço do presente.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à Deus, Meu Criador, por ter me dado o dom da vida e do canto, e por ficar durante toda a minha existência, não ao meu lado, mas dentro de mim. Mais do que nunca sei que “Tudo posso naquEle que me fortalece” Fp 4:13.

Aos meus pais, Carlos e Jucelane, que acreditaram em mim e nunca me deixaram desanimar dos meus sonhos. Papi, obrigada pelo exemplo que sempre me deu. Mami, sou grata por ter uma amiga, companheira e conselheira como a senhora. Tenho orgulho de tê-los como pais. Eu os amo muito! Inha, minha irmã, a calma que você me passou me deu ânimo para continuar. Sua “baixinha” conseguiu graças também à você. Essa vitória também é sua!

Aos meus irmãos em Cristo, da Igreja Cristã Primitiva, e meu Pastor (e pai), Carlos Corrêa, que nunca deixaram de me colocar em suas orações, que Deus sempre os abençoe.

Aos meus amigos, que muitas vezes me “tentaram” à sair de casa durante este trabalho, me ensinando que quanto menos tempo a gente tem, mais tempo a gente encontra. Vocês são maravilhosos.

Às minhas amigas “Malas”, Ally, Nivia e Rô, que estiveram comigo durante toda essa caminhada, me ensinando que amizade é o sentimento mais precioso do mundo pois não pode ser medido, comprado, ou muito menos pedido, mas simplesmente conquistado. Amigas, nós conquistamos isso juntas, valeu mesmo!

Aos meus professores que dividiram comigo um pouco dos seus conhecimentos. Aos meus colegas de curso da turma de Serviço Social noturno 2000/1, especialmente à Fernanda Scalzavara, pela oportunidade de crescimento, tanto acadêmico, quanto pessoal.

Ao meu orientador, Professor Luiz, que desde 2002/1 me ensina que se tudo não terminou bem, é porque ainda não terminou. Foi gratificante ter sido orientada por uma pessoa competente como você.

À Empresa em que trabalho – Cianet – na pessoa do Senhor Norberto Dias, por ter sido compreensiva durante o meu período de estágio e de orientação para a realização deste trabalho. Aos meus colegas de trabalho, que tiveram paciência nos últimos meses.

Ao Hospital de Caridade, por dois motivos; o primeiro, pela competência de sua administração, corpo clínico, equipe de cirurgia cardíaca representada pelos Cirurgiões Frederico Di Giovanni e Everton Luz Varella, funcionários da Unicor, e demais, por terem me tratado com tanto carinho e cuidado no mês de maio de 2002. O segundo, por terem me dado a oportunidade de estagiar em uma área tão rica em conhecimento e em lições de vida. A todos os funcionários, meu agradecimento, aos pacientes, minha admiração, vocês me ensinaram que “viver é nascer a cada instante” (Eich Frommar). À Salete Maria da Silva, Assistente Social do Hospital, meu respeito, você me mostrou a importância do Serviço Social na saúde e me deu coragem para lutar pelo meu espaço.

A todos vocês, meus sinceros agradecimentos e orações.

Deus os abençoe.

“Só Deus pode fazer o impossível, mas
você pode fazer o que é possível”.
(Autor Desconhecido)

LISTA DE SIGLAS

CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia

CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

HC – Hospital de Caridade

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

LBA – Legião Brasileira de Assistência

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG's – Organizações Não-Governamentais

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICOR – Unidade Coronária

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso pretende discutir teoricamente o conceito de Saúde Pública relacionando-o à Filantropia e ao Serviço Social no Hospital de Caridade. Além da fundamentação teórica utilizada, no campo empírico este trabalho apresenta uma pesquisa realizada junto aos funcionários e pacientes do Hospital de Caridade, a qual busca mostrar o entendimento desses dois segmentos a cerca da Saúde Pública, Filantropia e Serviço Social.

Palavras-Chave: *Saúde Pública, Filantropia, Serviço Social*

ABSTRACT

This Work of Course Conclusion intends to theoretically argue the concept of Public Health relating it to Philanthropy and to the Social Service in the Hospital de Caridade. Beyond the used theoretical recital, in the empirical field this work presents a survey made with the employees and the patients of the Hospital de Caridade, which means to show the understanding of these two segments about the Public Health, Philanthropy and Social Serviço.

Keywords: *Public Health, Philanthropy, Social Service*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	X
 <u>INTRODUÇÃO</u>	 13
 <u>CAPÍTULO I FUNDAMENTOS TEÓRICOS E ORIGENS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL</u>	 16
<u>1.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL EM BREVES TRACOS.....</u>	22
<u>1.1.1 Política de Saúde e Políticas Sociais.....</u>	27
<u>1.2 SAÚDE PÚBLICA EM SANTA CATARINA</u>	38
 <u>CAPÍTULO II FILANTROPIA, ATENDIMENTO PÚBLICO E SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DE CARIDADE.....</u>	 46
<u>2.1 A FILANTROPIA NO BRASIL</u>	50
<u>2.1.1 O Voluntariado</u>	59
<u>2.2 O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DE CARIDADE</u>	62
<u>2.2.1 A Saúde Pública no Hospital de Caridade na visão do paciente</u>	67
<u>2.3 O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO: UM BREVÍSSIMO APRENDIZADO PRÁTICO EM SERVIÇO SOCIAL</u>	72
<u>ALGUNS APONTAMENTOS (IN)CONCLUSIVOS.....</u>	78
 <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	 83
 <u>APÊNDICE A</u>	 87

APÊNDICE B 89

ANEXO A 91

ANEXO B 93

INTRODUÇÃO

Neste Trabalho de Conclusão de Curso apresentamos uma reflexão procurando explicitar teoricamente o conceito de Saúde Pública e de Filantropia a partir da vivência da experiência obtida no Hospital de Caridade situada no período de março à julho de 2003. Partimos do pressuposto que Políticas Públicas, de modo geral, podem ser definidas como sendo conjunto de medidas e procedimentos que conduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais, relacionadas às tarefas de interesse público. Essas variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, dependendo da natureza do regime político e do nível de atuação dos diferentes atores sociais engajados. Por esse motivo, analisaremos os processos pelos quais as Políticas Públicas são implementadas, bem como mostraremos a avaliação de que seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente. No sentido de que, as Políticas Públicas, em especial, as Políticas de Saúde, poderão tornar-se concretas através da ação coletiva dos atores sociais e das atividades institucionais que devem ser realizadas.

Para colocar em evidência a Saúde Pública e a Filantropia a partir da experiência em Serviço Social no Hospital de Caridade, seguimos os seguintes ordenamentos: Primeiramente realizamos uma pesquisa bibliográfica que abrange toda uma parte da bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado. De acordo com Lakatos & Marconi (1991), este tipo de pesquisa não é meramente uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas propicia uma análise de um tema sob uma nova abordagem ou enfoque, o que permite chegar a conclusões inovadoras.

Esta pesquisa foi realizada através de leituras sobre o objeto da pesquisa, com o intuito de destacar os principais pontos teóricos e operacionais abordando diferentes autores que trabalham com a categoria pesquisada.

Num segundo momento, utilizamos a entrevista como um instrumento de investigação social, visando coletar dados a respeito de um determinado assunto. A pesquisa que será apresentada pode ser classificada como qualitativa. Ela é assim classificada quando, segundo Chizzotti (1995) as pessoas que participam desta pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos de senso comum e representações, formadoras de uma concepção de vida que orientam as suas ações individuais. Todos os sujeitos são dignos de estudo, todos são iguais, mas permanecem únicos, e todos os seus pontos de vista são relevantes.

Optamos por utilizar a entrevista semi-estruturada, pois de acordo com Triviños (1987), este tipo de entrevista, na pesquisa qualitativa, é considerada um dos principais meios para se realizar a coleta de dados, pois ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado tenha liberdade e espontaneidade nas respostas.

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. (TRIVIÑOS, 1987, p. 145).

De acordo com Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um roteiro, consistindo em enumerar de forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador pretende abordar, partindo dos pressupostos relacionados ao objeto de investigação.

Estas entrevistas semi-estruturada foram realizadas junto a 15 funcionários do HC selecionados de acordo com o cargo ocupado no Hospital, sempre visando a não repetição de cargos, como também a disponibilidades do momento. Além disso, foram entrevistados 15 pacientes internados no Hospital, sendo divididos entre convênios (7 pacientes) e atendimentos públicos (8 pacientes).

Como forma de registrar as informações obtidas através dos entrevistados, utilizamos a escrita, acompanhado de um pequeno roteiro para que não fosse perdido o princípio da entrevista, para verificação do material coletado, utilizamos a análise de conteúdo. Em relação a opção por este procedimento, compartilhamos com Chizzotti (1995), quando ele diz que: a escolha do procedimento mais adequado depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador. Com isso, a análise dos dados desta pesquisa será feita durante os relatos coletados.

Para tanto, no primeiro capítulo, será apresentada uma breve revisão bibliográfica sobre Políticas Públicas de Saúde, tomando-a como campo de ação social do Estado, visando a melhoria das condições de vida da população, bem como dos ambientes naturais, sociais e do trabalho; em seguida, apresentamos um resgate histórico da saúde no Brasil e alguns dados da Saúde Pública em Santa Catarina.

No segundo capítulo, abordaremos teoricamente a Filantropia no Brasil e tentaremos relaciona-la com a prática filantrópica no Hospital de Caridade, vislumbrando a prática do voluntariado e o atendimento prestado pelo Serviço Social na instituição. Apontaremos, também, empiricamente, a visão de funcionários e pacientes sobre Saúde Pública e Filantropia.

Por fim, nos apontamentos (in)conclusivos, será mostrada uma síntese das idéias apresentadas nesse estudo, compreendendo Saúde Pública, Filantropia e Serviço Social.

CAPÍTULO I FUNDAMENTOS TEÓRICOS E ORIGENS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Nos anos 80, o Brasil passou por uma intensa luta social pelo direito à saúde, levando a Constituição Federal de 1988 a consagrá-la como direito universal, sendo dever do Estado garanti-la.

A Política Pública de Saúde consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e dos grupos aos quais pertencem, conforme estabelece o artigo 196, da Constituição Federal (2003):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Scliar (2002) lembra que, segundo a OMS, “Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”¹ (p. 93) e isso o fez refletir em dois pontos: o primeiro é que, provavelmente no passado, as pessoas ligavam a saúde como o inverso da doença; já o segundo, mostra a necessidade do ser humano ter, além da ausência de doenças, “bem-estar”. Com isso, Laconde (1974, *apud* SCLIAR, 2002) destaca alguns campos que a saúde está abrangendo:

- a) Biologia Humana – compreende a herança genética e processos biológicos provenientes da vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- b) Meio Ambiente – inclui o solo, ar, água, local de trabalho e moradia;

¹ Este conceito entrou em vigor em 07 de abril de 1948, tornando-se a data mundial da saúde.

- c) Estilo de Vida – resultam decisões que afetam a saúde como fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não esportes e exercícios;
- d) Organização da Assistência à Saúde – compreende a assistência médica, serviços ambulatoriais, hospitalares e medicamentos.

Mesmo parecendo ser a principal, Scliar aponta que a assistência é um componente da saúde, mas não necessariamente é o mais importante. Muitas vezes é mais benéfico ter água potável e alimentos saudáveis do que medicamentos.

O nome Saúde Pública pode dar margem a muitas discussões quanto sua definição e campo de aplicação, sendo relacionada a noções veiculadas de modo, muitas vezes, equivalente, tais como "Saúde Coletiva", "Medicina Social/Preventiva/Comunitária", "Higienismo" e Sanitarismo". Mas de acordo com Frenk (1992 *apud* CASTIEL, 2003), podemos encontrar cinco conotações diferentes em que a expressão "Saúde Pública" é empregada:

- a) O termo "pública" equivale ao setor público, governamental;
- b) Pode incluir a participação da comunidade organizada, o "público";
- c) Identifica-se aos serviços dirigidos à dimensão coletiva (como o saneamento);
- d) Acrescenta à terceira conotação, serviços pessoais dirigidos a grupos vulneráveis;
- e) Refere-se a problemas de elevada ocorrência e/ou ameaçadores.

Para Merhy (1992), a Saúde Pública tem como objeto de trabalho o processo coletivo da saúde e da doença, ela faz parte da organização assistencial e tecnológica das ações públicas e tem se identificado como o campo das ações de saúde que tem como perspectiva a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Merhy procura entender a formação da Saúde Pública como política governamental, tornando como central a

dimensão assistencial, não desconsiderando a dimensão tecnológica, “pois é através da primeira que se pode captar as questões referentes à forma de organização da produção dos serviços e à sua concretização enquanto instituições específicas” (1992, p.17).

Em estudos de Merhy sobre o campo da saúde, foi procurado compreender, em um dado período histórico, a Saúde Pública enquanto política (social) governamental, articulada às relações entre o conjunto das classes sociais e o Estado. Merhy conclui que a Saúde Pública constitui um campo das ações de saúde no qual existe uma organização assistencial e tecnológica de maneira diversificada. A formulação das Políticas Públicas de Saúde não é exclusividade de apenas uma categoria profissional, pois é possível identificar desde médicos sanitaristas, por exemplo, até partidos políticos atuando nas arenas decisórias das políticas governamentais.

De acordo com Arias (1984, *apud* TARRIDE, 1998), na segunda metade do século XIX, a saúde se restringia a ações preventivas massificadas, saneamento do ambiente e ao trabalho nos primeiros escritórios de higiene que eram encarregados das estatísticas. Hoje, não se trata de prevenir epidemias, mas de organizar e administrar a atenção para as vítimas de acidentes e do consumo de drogas. Da mesma maneira que no campo da saúde ambiental, a preocupação passou de esgoto e péssimas moradias para contaminação da atmosfera e das águas.

Para Terris (1989, *apud* TARRIDE, 1998) e Alvarez (1992, *apud* TARRIDE, 1998), o conceito de Saúde Pública é reduzido, graças à medicina comunitária-social, a uma subdivisão da medicina. Já Nijhuis (1994, *apud* TARRIDE, 1998) enfatiza que, recentemente, a Saúde Pública está sendo vista como uma área complexa, “onde condições

como pobreza, falta de esperança no futuro, uma cultura popular hedonística² e a influência de uma economia global estão tendo um papel importante” (TARRIDE, 1998, p.24).

Para Sepúlveda (1994, *apud* TARRIDE, 1998), ao longo da história, vários significados têm sido dados para o conceito de Saúde Pública e ele aponta cinco opções que se sobrepõem:

- a) Relaciona-se o adjetivo “pública” à ação governamental;
- b) Enfoca-se a participação da comunidade organizada;
- c) Propõe-se que a Saúde Pública seja igual a serviços não-pessoais de saúde;
- d) Acrescentam-se alguns serviços pessoais de saúde de natureza preventiva;
- e) Refere-se à resposta organizada aos “problemas de Saúde Pública”.

A proposta de Sepúlveda é adotar um conceito amplo, “em que o adjetivo público não se refira a um setor de atividade ou a um tipo de serviço de saúde, e sim a um nível específico de agregação, contrastando o nível individual ao populacional” (TARRIDE, 1998, p.25).

Nesse sentido, Teixeira (1989, p.30) lembra um trecho dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades, nos níveis de vida.³

² Hedonismo: Doutrina que considera que o prazer individual é o único bem possível, princípio e fim da vida moral. (FERREIRA, 1986)

³ 8ª Conferência Nacional de Saúde 1987:382

Em paralelo, o autor traz outra visão que ressalta a saúde sendo vista ao mesmo tempo como um “resultado das formas de organização social da produção, mas sempre como fruto das lutas populares cotidianas, ambos atuando na conformação de sua concretização histórica e singular” (TEIXEIRA, 1998, p.30). Nesse sentido a saúde é um objeto concreto que compreende:

- a) Um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde X enfermidade;
- b) A produção dos serviços de saúde com seus serviços, agentes e instituições organizados para satisfazer necessidades;
- c) Ser um espaço específico de circulação de mercadorias e sua produção, como empresas, equipamentos e medicamentos;
- d) Ser um espaço de densidade ideológica, da hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- e) Possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto individuais quanto coletivos.

Por outro lado, tem-se a impressão de que a Saúde Pública vive uma crise de identidade, organização e realização:

[...] nestes últimos anos, tem existido uma opinião crescente de que a saúde pública, como uma profissão, como uma atividade governamental e como um compromisso da sociedade, não está nem definida claramente nem apoiada adequadamente, nem compreendida completamente. (FRENK 1992, p.75 *apud* CASTIEL, 2003)

Para Campos & Campos (2000), a análise de política de saúde ganha muito quando se resgatam os fins, ou seja, os sentidos das práticas, e quando é questionado sobre o valor de uso das políticas e das práticas. Giovanella, Drummond, Skaba, Oliveira & Sá (1995, p.21) consideram que:

as políticas de saúde devem ser guiadas pelo princípio distributivo aristotélico de equidade horizontal, ou seja, tratamento igual aos que são iguais em seus aspectos relevantes, e de equidade vertical, que é o tratamento desigual aos que são desiguais em seus aspectos relevantes.

De acordo com Hochman (1998), tal política é caracterizada como o ponto primário da ação, assim como as atividades de burocratas, políticos e grupos sociais são vistas como condicionadas pelas configurações institucionais dos governos e do sistema público. Criando a perspectiva de que políticas públicas modificam a política, a transformação e expansão das capacidades do Estado e do sistema político, podem vir dos esforços de implementação de novas ações estatais, afetando, com isso, o pós-desenvolvimento dessas políticas e as possibilidades de inovações. Na perspectiva de Serra (2000), o Estado tem e vai continuar tendo papel importante no conjunto das ações de saúde do País e não apenas na Saúde Pública, pois existe uma relação direta entre o público/privado. A Saúde Pública é uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções da base populacional ou comunitária e inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde com qualidade.

Para Winslow (1948, *apud* SCLAR, 2002), Saúde Pública é, além de uma ciência, uma arte e tem por objetivo evitar a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e mental e a eficiência. A Saúde Pública tem um aspecto de medicina do corpo e só pôde surgir quando a sociedade atingiu um grau de organização para ser caracterizada como corpo.

Entretanto, para a Saúde Pública não basta aguardar que as pessoas venham em busca de cuidados – até porque muitos não procuram – é preciso levar esses cuidados à comunidade através de Programas de Saúde, para que não exista somente um tratamento curativo, mas também preventivo.

A seguir, destacaremos a trajetória histórica da Saúde Pública no Brasil, na busca da melhoria das condições de vida da população.

1.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL EM BREVES TRAÇOS

No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde são regulamentadas desde 1988 pelos princípios de universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços, na organização de um Sistema Único de Saúde no território nacional.

Segundo Hochman (1998, p.16):

Uma política nacional de saúde pública no Brasil foi possível e viável a partir do encontro da consciência das elites com seus interesses, e suas bases foram estabelecidas a partir de uma negociação entre os estados e o poder central, tendo o federalismo como moldura político-institucional.

Esses acontecimentos correspondem às Políticas Públicas de Saúde e Saneamento Rural no Brasil da Primeira República, e Hochman (p. 38) afirma que as Políticas Públicas de Saúde deste período tiveram um papel importante na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional. Nesse sentido, a saúde no Brasil, mais especificamente a Saúde Pública, preocupa a todos desde o início de nossa colonização. Segundo Filho (2000), os índios que ocupavam o Brasil no período de sua colonização eram robustos, ágeis e desconheciam as enfermidades mortais que naquele período tiravam milhares de vidas do Continente Europeu. Mas já no século XVII, a colônia portuguesa do Brasil começou a enfrentar dificuldades; os colonizadores e escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência devido às múltiplas e

freqüentes enfermidades. Isso colocava em perigo o projeto europeu de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Diante desse problema, o Conselho Ultramarino português (órgão responsável pela administração das colônias) criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, que seriam responsáveis por zelar pela saúde da população. No entanto, essas funções permaneceram por longos anos sem ocupantes, eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para o Brasil devido aos baixos salários e à precariedade em que a colônia se encontrava.

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil⁴ encontraram dificuldades para exercer a profissão: além do vasto território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo dos tratamentos por serem baseados em purgantes e sangrias⁵. Em geral, esses tratamentos enfraqueciam os pacientes e causavam morte daqueles em estado mais grave. Por esse motivo, a população colonial, ao invés de recorrer aos médicos, procurava os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas. As orientações dos médicos eram aceitas somente em épocas de epidemias⁶. Uma delas foi o surto de varíola⁷, também chamada de mal de bexigas; é provável que tenha vindo para o Continente Americano com os escravos africanos, tornando-se a principal causa das mortes nas vilas brasileiras.

Os médicos e curandeiros nada podiam fazer pelos surtos de varíola, já que quase nada se conhecia sobre a doença, bem como as demais infecto-contagiosas. A única opção naquele momento era exigir o afastamento dos doentes das vilas, o que ocasionava a

⁴ Em 1746 havia apenas seis médicos graduados em universidades européias em todo o território brasileiro.

⁵ Purgante: Líquido usado na época para expelir maus tumores.

Sangria: Ato de extrair sangue do corpo do enfermo com o objetivo de curá-lo.

⁶ Aparecimento e difusão rápida e passageira de uma doença – infecto-contagiosa ou não – que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo. Filho (2000).

⁷ Moléstia infecciosa causada por micróbio resultando em febre alta, vômitos, dores generalizadas e principalmente aparecimento de bolhas que deixam cicatrizes no corpo. A forma mais grave mata vinte de cada cem atingidos.

sua morte nas matas próximas. Essa atitude era aceita pela população, ao contrário do método dos médicos que, ao tentarem prevenir a varíola, faziam um pequeno corte no braço do paciente e colocavam um pouco de pus extraído das feridas de um doente em estado grave, entretanto muitos, com medo, fugiam e se escondiam nas matas esperando que os médicos fossem embora.

Em 1808, a vinda da Corte portuguesa para o Brasil determinou mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. Para um melhor atendimento das questões sanitárias, foi necessário criar centros de formação de médicos; assim foram fundadas as academias médico-cirúrgicas da Bahia (1815) e do Rio de Janeiro (1913), transformando-se nas duas primeiras escolas de medicina do país. Por ordem de Dom Pedro I, em 1829 foi criada a Imperial Academia de Medicina, onde estavam os principais clínicos do Rio de Janeiro; nesta mesma época surgiu também a Junta de Higiene Pública.

Os médicos do Império não sabiam o que fazer para evitar as doenças infecciosas que se espalhavam pela colônia. Uma hipótese encontrada entre os médicos foi a de que os navios estrangeiros estavam trazendo epidemias como as de varíola, febre amarela e cólera⁸. Em 1828, a Inspetoria de Saúde dos Portos foi organizada e, todas as embarcações tidas como suspeitas, passaram a ser submetidas à quarentena, numa ilha próxima à Baía de Guanabara. Em seguida, toda a população da Corte foi vacinada contra varíola a pedido da Junta de Higiene Pública. Então, alguns médicos concluíram que as enfermidades eram causadas por miasmas⁹, ou seja, o ar comprimido que vinha do mar e pairava sobre a cidade. Por precaução, os mais ricos foram recomendados a se afastarem da

⁸ Febre Amarela: Doença infecto-contagiosa causada por um vírus transmitido ao homem pela picada de mosquito. É caracterizada por febre de quarenta graus, dores fortes na cabeça e costas, vômitos, podendo levar à morte.

Cólera: Infecção intestinal aguda e muito contagiosa causada por um bacilo presente em águas poluídas. É caracterizada por diarreia abundante, vômitos e câimbras. Se não tratada rapidamente pode levar à morte num período de 12 a 36 horas.

⁹ Emissão proveniente de detritos orgânicos em decomposição, à qual erradamente se atribuíam as doenças infecciosas e epidemias.

Corte para as cidades serranas. A fragilidade das medidas sanitárias levou a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Nos casos mais graves os doentes ricos buscavam os médicos na Europa ou em clínicas particulares e os pobres continuavam a procurar os curandeiros negros e índios.

Segundo Filho (2000, p.10), “a fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados”. No final do Segundo Reinado (1840-1889), o Brasil ainda mantinha a fama de ser um dos países menos seguros no aspecto da saúde, tornando-se comum os viajantes evitarem os portos.

Após a Proclamação da República em 1889, começaram a crescer no Brasil estudos voltados para a prevenção de doenças e formas de atuação nos surtos epidêmicos, definindo-se então, uma área científica chamada *Saúde Pública*, que por sua vez era complementada por um núcleo de pesquisas que visavam as doenças epidêmicas. A partir dessa definição, começou a ser exigida uma maior organização dos serviços sanitários; as antigas juntas de inspeção de higiene foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais que, ao contrário do esperado, pouco fizeram para a melhoria da saúde popular, tornando-se alvo de críticas da população e do próprio governo.

Com a desorganização do governo no início da República, ocorreram novas ondas de epidemias no país. Entre 1890 e 1900, as principais cidades brasileiras ainda estavam infestadas de pessoas com varíola e febre amarela, além da cólera, peste bubônica e tifoide¹⁰, ocasionando a morte de milhares de pessoas, conforme mostra o Quadro I a seguir:

¹⁰ Peste Bubônica: Doença epidêmica caracterizada pelo aparecimento de bubões (ínguas) nas virilhas e axilas, além de hemorragias. Essa enfermidade é passada para o homem principalmente pelas pulgas dos ratos.
Febre Tifoide: Doença infecciosa e contagiosa causada pelo consumo de água poluída ou pelo contato direto de objetos de uso pessoal infectados.

Quadro I Óbitos por varíola e febre amarela na cidade do Rio de Janeiro

Anos	Mortes por febre amarela	Mortes por varíola
1850 - 1859	10.970	642
1860 - 1869	2.295	730
1870 - 1879	12.916	6.625
1880 - 1889	9.376	6.852
1890 - 1899	20.879	8.599

FONTE: Filho (2000, p.14) – Torres, Dr. Theophila, 1913.

Diante desses números, os médicos higienistas receberam do Governo Federal um incentivo, passando a ocupar cargos importantes na administração pública e a assumir compromissos com o saneamento.

Os principais objetivos da atuação desses médicos eram a fiscalização sanitária dos habitantes das cidades, a retificação dos rios que causavam enchentes, a drenagem dos pântanos, a destruição dos viveiros de ratos e insetos disseminadores de enfermidades e a reforma urbanística das grandes cidades. Deveriam também divulgar as regras básicas de higiene e tornar obrigatório o isolamento das pessoas atingidas por moléstias infecto-contagiosas e dos pacientes considerados perigosos para a sociedade. (FILHO 2000, p.14)

Este foi o início da internação, em hospitais, das vítimas de doenças contagiosas e dos doentes mentais.

O Governo Republicano dá início à elaboração de planos de combate às enfermidades que reduziam a vida “útil” da população com a idéia de que o trabalho de cada cidadão era considerado a fonte geradora de riqueza natural, portanto, era necessário ter uma melhor qualidade de vida para todos.

A participação do Estado na área da saúde torna-se global, diferente das épocas anteriores onde atuava somente nos surtos epidêmicos, agora estava presente em todos os setores da sociedade. Essa contínua intervenção na área de saúde revelou a criação de uma *Política de Saúde*, no entanto ela não pode existir isolada, deve ser articulada com os

projetos e diretrizes governamentais voltados aos outros setores da sociedade como a educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho, assim, a presença e atuação do Estado, nessas áreas, recebe o nome de Política Social, no nosso caso específico, Saúde Pública.

1.1.1 Política de Saúde e Políticas Sociais

Segundo Filho (2000), a política social tem sido historicamente o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas. Essa contradição é explicada pelas relações sociais dominantes no Brasil e na maior parte dos países que haviam sido colônia: apesar das promessas de criar condições para a melhoria do padrão de vida da população, o Estado acabava privilegiando muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade, deixando a população em segundo plano. Isso fez com que um círculo fosse criado: o trabalhador recebe salários baixos, conseqüentemente vive mal e adoece com facilidade, tendo com isso uma vida produtiva curta, tornando mais difícil a superação da pobreza nacional, dificultando assim, o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil. Dados estatísticos mostram que em 1918 o Brasil tinha uma população rural em torno de 20 milhões de pessoas e havia 17 milhões de enfraquecidos pelos parasitas intestinais, 3 milhões de vítimas da Doença de Chagas, 10 milhões de atacados pela malária¹¹ e 5 milhões de tuberculosos. Isso fez com que os eugenistas¹² acreditassem que pouco poderia

¹¹ Doença infecciosa transmitida por um mosquito. O doente apresenta febre e anemia.

¹² Cientistas que estudam as características raciais dos grupos humanos. Nessa época afirmavam que os brancos era os mais perfeitos dos humanos e as demais raças eram inferiores.

ser feito pelos doentes e pela Saúde Pública do país a não ser esperar pelo desaparecimento daqueles que eram considerados inferiores (negros e indígenas) (FILHO, 2000).

A área sanitária foi incluída nas reformas feitas por Getúlio Vargas desde outubro de 1930, passando a compartilhar com o setor da educação, um ministério próprio: Ministério da Educação e da Saúde Pública, que foi instalado em novembro de 1930 e teve como primeiro titular o advogado Francisco Luís da Silva Campos. A criação desse Ministério deu ao Estado o compromisso de zelar pelo bem-estar sanitário da população, o que não foi realizado pelas lideranças políticas do Estado. Filho (2000, p.31) aponta que:

Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi naturalmente bem aceita: esperava-se que as vilas e cidades mais carentes atraíssem a atenção do governo federal e recebessem postos médicos e até mesmo hospitais. Nos estados mais ricos, que já possuíam serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, mais dificultando que ajudando a melhorar o atendimento à população.

Após o golpe que criou o Estado Novo em 1937, a política do Presidente Getúlio Vargas ficou voltada mais para a população urbana, empregada nos setores industrial e comercial. Com a necessidade de se obter apoio social e político, foi criada uma legislação social para garantir maiores direitos aos trabalhadores urbanos, pois já não era mais possível tratar a questão social como questão de polícia, como o ocorrido em toda a República Velha. Esta, por sua vez, havia criado leis que pouco garantiam aos trabalhadores direitos de assistência médica e indenização em dinheiro por enfermidade ou acidente de trabalho. Por esse motivo, os operários acidentados ou doentes deveriam procurar hospitais filantrópicos para que nada fosse cobrado.

Antes de 1930, somente a Lei Elói Chaves (1923) procurou dar amparo aos trabalhadores; o Instituto Previdenciário dos trabalhadores das estradas de ferro assegurava ao ferroviário – com um desconto mensal de 3% no salário – o direito de se aposentar por

tempo de serviço ou invalidez, tratamento médico, medicamentos, auxílio funeral e pensão aos herdeiros do assegurado. Getúlio Vargas adotou parcialmente esse modelo e ampliou, na década de 1930, para outras categorias de profissionais. A Constituição de 1934 assegurou ao operário algumas garantias como assistência médica, licença remunerada às gestantes trabalhadoras e a jornada de trabalho de oito horas. Em seguida, outros benefícios (como o salário mínimo) foram incluídos na legislação trabalhista, além da CLT, que tornou obrigatório o pagamento de salários mínimos, indenização aos acidentados, tratamento médico aos doentes, pagamento de horas extras, férias remuneradas entre outros, a todos os operários com carteira de trabalho. Foi graças à política de saúde adotada por Vargas que o atendimento aos operários doentes e seus dependentes se expandiu, tornando-se, no decorrer dos anos, o principal canal de assistência médica da população trabalhadora da região urbana. Ainda na década de 1930, deu-se início a um movimento de educação na área da saúde com o objetivo de convencer a população da necessidade de mudar hábitos anti-higiênicos, considerados naturais, que facilitavam a proliferação das doenças, principalmente as contagiosas. Um dos recursos utilizados foi a utilização de cartazes e panfletos elaborados pelo Ministério da Educação e da Saúde e pelos servidores estaduais. Entretanto, grande parte dos brasileiros eram analfabetos e não tinham acesso à esses materiais, por isso, em 1938, as mensagens higienistas passaram a ser transmitidas pelas emissoras de rádio da época; também houve um aumento dos cursos de formação de enfermeiras sanitárias, que percorriam os bairros carentes para transmitir as regras básicas de higiene e encaminhavam as pessoas para um melhor atendimento. A partir da instalação do Estado Novo, foram reforçadas as campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação na saúde: “Unindo modernas técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária, os funcionários deste setor elaboraram cartazes e folhetos que chamavam a

atenção pelas ilustrações coloridas” (FILHO 2000, p.35), tornando fácil a compreensão pelas pessoas que não sabiam ler.

Durante a era Vargas houve uma grande diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas; por outro lado, cresceram as chamadas doenças de massa como a esquistossomose¹³, doença de Chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais, DST's e hanseníase. Apesar da expansão da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos, o Brasil continuava como um dos países com o maior número de enfermos no Continente. Porém, o que mais preocupava o Estado era o fato de os enfermos, além de deixarem de trabalhar e produzir riqueza para a nação, ainda gastavam os recursos do Estado com a assistência médica e tratamentos gratuitos. Apesar de o presidente declarar que era responsabilidade do Estado preservar a saúde da população, muitos enfermos continuavam morrendo sem receber assistência médica.

Em outubro de 1945, em meio a manifestações populares contra a ditadura, Getúlio Vargas foi deposto. A partir daí até 1964, o Brasil passou por um período marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos. Mesmo sob o regime democrático, a política populista de Vargas foi mantida; por esse motivo, os movimentos sociais continuavam exigindo que seus governantes cumprissem as promessas de melhoria das condições de vida, saúde e trabalho.

O presidente Eurico Gaspar Dutra (1946 a 1950), desde que assumiu o governo em 1946, estabeleceu como prioridade a organização dos serviços públicos criando o Plano SALTE.¹⁴ Sua meta era durar cinco anos; infelizmente o plano não durou mais de um ano devido a problemas de implementação e, principalmente, a dificuldades financeiras. Por

¹³ Enfermidade causada por um parasita intestinal e compromete o fígado e baço. O doente sofre diarreias contínuas e é enfraquecido pela anemia.

¹⁴ Sigla que identificava os objetivos do plano: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, elaborado em 1948

esse motivo, os jornais denunciavam que o setor da saúde estava equivalente à época da ditadura.

Após sete anos de lutas, em maio de 1953, foi criado o Ministério da Saúde que começou atuando com uma pequena fatia da verba durante toda a década de 1950, confirmando o descaso que as autoridades tinham com a saúde dos brasileiros:

A falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação da saúde coletiva: faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo, faltava ânimo aos servidores. Em consequência, o Ministério da Saúde atuou de maneira pouco eficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidade das doenças que inutilizavam para o trabalho a vida de muitos brasileiros. (FILHO 2000, p.40)

A pouca atuação na saúde por parte do Estado fez com que a expectativa de vida da época ficasse semelhante à população da Suécia no século XIX, antes da prevenção e combate às infecções, conforme mostra o Quadro II:

Quadro II Expectativa de vida no Brasil na década de 50

Cidade	Idade Média
Porto Alegre	51
Belém	49
Recife	37
Sertão Nordestino	30

FONTE: FILHO (2000, p.42) – Pinotti, Mário, 1950.

O Ministério da Saúde, nos seus primeiros anos, teve a responsabilidade de combater as doenças que atingiam principalmente a população do interior, tentando ainda promover a educação sanitária da população rural. Além dessas dificuldades, o Ministério da Saúde ainda precisava combater o clientelismo, onde os partidos e/ou líderes políticos

trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas por votos e apoio nas campanhas.

Com o aumento do número de trabalhadores e seus dependentes, ampliou o número de usuários dos sistemas de saúde; aumentaram ainda os salários e pensões pagas aos trabalhadores afastados por motivo de doença, além das aposentadorias. Em 1945, havia cerca de dois milhões de pessoas vinculadas aos institutos previdenciários; 20 anos depois esse número ultrapassou os sete milhões, sem contar os dependentes. Esse aumento de segurados vinha acompanhado da situação precária na administração dos órgãos previdenciários.¹⁵

Diante de toda essa precariedade, o setor privado de medicina começou a pressionar os Governos Federal e Estadual a interromper, ou ao menos diminuir os planos de construção de hospitais públicos para, ao invés disso, realizar doações e empréstimos com juros baixos para que os empresários criassem uma rede de clínicas e hospitais e vendessem esses serviços à população e ao próprio governo. Outra questão determinante para a modernização do atendimento público à saúde foi o atendimento à infância, visto que o atendimento também era precário na década de 50; o índice de mortalidade infantil era muito alto, principalmente nas capitais, que sofriam com o crescimento rápido do êxodo rural a partir de 1945. Apesar de o País ter se desenvolvido rápido nos anos 1950 e 1960, a mortalidade infantil ainda era elevada na maioria das cidades brasileiras, conforme o Quadro III:

¹⁵ Maiores informações ver Filho (2000)

Quadro III Mortalidade infantil nas capitais brasileiras em 1955

Capitais	Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos
Natal	421,6
Salvador	353,5
Teresina	325,3
Aracaju	311,7
Belém	263,6
São Luís	209,1
Recife	204,1
João Pessoa	201,1
Curitiba	143,3
Vitória	118,1
Florianópolis	113,3
Rio de Janeiro (na época, Distrito Federal)	112,2
Manaus	109,6
Cuiabá	104,5
Belo Horizonte	101,3
Porto Alegre	100,9
Niterói	96,9
São Paulo	86,5

FONTE: FILHO (2000, p.46)

Diante disso, o Ministério da Saúde desenvolveu um novo programa voltado para a assistência às crianças; foram multiplicados os serviços de higiene que incluíam também assistência às mães. Apesar disso, até a década de 60, pouco havia sido feito para a expansão dos sistemas de saneamento básico; a maior parte da população continuava consumindo água poluída; essa era a maior causa de morte das crianças, até mesmo porque o atendimento a elas era tido como um ato de bondade, e não a obrigação do Estado.

Da mesma forma que a mortalidade infantil, a fome assolava a maior parte dos brasileiros, deixando-os mais sujeitos às enfermidades e levando vários intelectuais a

verificar que a saúde e a doença são fenômenos que dependem do grau de nutrição da população, deixando evidente que também era obrigação do Governo garantir a alimentação necessária a todos.

Apesar de o Ministério da Saúde retomar os compromissos de realização de programas de saúde, isso não teve uma grande alteração na situação de abandono que a mesma se encontrava, ocorrendo um aumento de enfermidades como a dengue, a meningite¹⁶ e a malária. Quando essas doenças tornavam-se epidêmicas, o Estado impedia a vinculação dessas informações nos meios de comunicação através de censuras.

Após o agravamento da crise financeira no Brasil, o presidente João Figueiredo (1979 – 1985) acelerou a democratização do país com a extinção do bipartidarismo imposto pelos militares e a criação de novos partidos políticos. Juntamente com isso, a imprensa livrou-se da censura e os sindicatos ganharam mais liberdade. Com a mobilização pela volta das eleições diretas, um novo presidente da república – Fernando Collor de Melo – foi eleito já com a nova Constituição Federal (1988) em vigor. “Com isso, o governo federal manteve a política econômica recessiva [...]. O país reconquistou a democracia em meio a uma das mais graves crises econômicas e sociais de sua história” (FILHO 2000, p.60). Durante quase toda a década de 1980, praticamente nada foi feito pela saúde.

Enquanto os Ministérios da Saúde e da Previdência Social encontravam problemas com a falta de verbas, o Governo Federal buscava alternativas através de contínuas reformas que visavam integrar os serviços prestados pelo Ministério da Educação e da Saúde Pública. Em 1986, o presidente José Sarney, juntamente com as lideranças partidárias, apoiou as propostas de reorganização do sistema de saúde oficial.

¹⁶ Dengue: Causada por vírus e transmitida ao homem através da picada de um mosquito. Causa febre alta, dores abdominais e articulares e secreção brônquica exagerada. Meningite: Nome dado a todas as inflamações das meninges. Causa febre, dores de cabeça e distúrbio motores. Se não for tratada rapidamente pode levar à coma e morte.

Com isso, os moradores da periferia começaram a lutar pela melhoria das suas condições de vida. “Com a assessoria de padres e médicos sanitaristas, foram criados os Conselhos Populares de Saúde, encarregados de obter melhor saneamento básico e a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes” Filho (2000, p.62).

Em 1979 ocorreu um movimento na área dos profissionais de saúde, chamado Movimento Sanitário, onde foi discutido pela primeira vez a proposta de reorientação do sistema de saúde, já chamado na época de Sistema Único de Saúde.

Com a crise econômica dos anos 80, veio uma necessidade de que o Governo mudasse o sistema de saúde, sob pressão da população que já começava a se organizar, lutando pela democracia do País.

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutida a situação da saúde no País e aprovado um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Conforme aponta Costa, Minayo, Ramos & Stotz (1989, p.93), o Relatório Final, na definição de saúde como direito, afirma que:

- A saúde é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção [...];
- A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, [...];
- O Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las [...].

Diante disso, o exercício do direito à saúde deve garantir trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho, alimentação para todos, dependendo de cada necessidade, moradia digna e limpa, educação plena, qualidade do meio ambiente e transporte seguro e de fácil acesso.

Para Matos (2003), o projeto da Reforma Sanitária tem alguns princípios¹⁷ que devem ser destacados, que são:

- **Universalidade:** A defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
- **Descentralização:** A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal.
- **Hierarquização:** Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.
- **Integralidade:** A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa.
- **Regionalização:** Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
- **Participação popular:** A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício do controle social. (pg. 98)

A proposta feita pela Reforma Sanitária para reorientar o Sistema de Saúde brasileiro, para que este cumprisse os preceitos constitucionais, foi a implantação do SUS. Mas foi somente na Constituição Federal de 1988 que a saúde começa a ser vista como um direito de todos.

Isso repercutiu nos trabalhos da Assembleia Constituinte que, após vários confrontos, colocou no documento final da Constituição de 1988, grande parte das propostas das organizações populares e de especialistas da área de saúde, mesmo diante dos números exorbitantes de óbitos, conforme o Quadro IV:

¹⁷ Hoje estes são os princípios do SUS.

Quadro IV Principais causas de óbitos nas regiões nordeste e sudeste em 1988

Grandes grupos	Nordeste*	Sudeste*
Doenças infecciosas e parasitas	15.414 (7,38)	19.776 (4,76)
Câncer	10.248 (4,91)	45.270 (10,89)
Doenças do aparelho circulatório	33.517 (2,64)	138.886 (33,42)
Doenças do aparelho digestivo	5.518 (2,64)	19.139 (4,61)
Causas externas	18.572 (8,89)	50.540 (12,16)
Causas mal definidas	92.479 (44,27)	34.093 (8,20)

número absoluto e % sobre o total regional de óbitos

FONTE: FILHO (2000, p.65) – Informações Epidemiológicas do SUS, 1992.

Antes da Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos, a Assistência Social era permitida apenas a quem tinha carteira assinada e pagava a Previdência Social. Aos outros, somente se pagassem, sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde ou se os Hospitais Universitários, Governos Municipais e Estaduais fizessem o atendimento. Com isso, os direitos de cidadania dos brasileiros não tinham a menor importância diante das diferenças de atendimentos entre as classes sociais.

Conforme afirma Mendes (2001, p.73), o SUS é um sistema federativo, com participação colaborativa das três esferas do Governo. Seus princípios são:

Universalidade do acesso, integralidade da assistência, igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção.

Devendo, portanto, oferecer todos os serviços gratuitamente a todos os cidadãos. De acordo com Giovanella, Drummond, Skaba, Oliveira & Sá (1995, p.13), “com a criação do Sistema Único de Saúde, toda a população [...] passa a ser atendida

pelos serviços de saúde do sistema público (serviços estatais e serviços privados contratados pela Previdência Social: lucrativos e filantrópicos)". No entanto, os dados permanecem trágicos; calcula-se que a cada ano perdem-se cerca de 300 mil dedos em acidentes de trabalho e muitos municípios brasileiros ainda não têm nem unidades apropriadas de assistência aos doentes; isso continua sendo umas das principais preocupações das famílias brasileiras.

A seguir, destacaremos a Saúde Pública no Estado de Santa Catarina com alguns dados comparativos em relação ao restante do país.

1.2 SAÚDE PÚBLICA EM SANTA CATARINA

O Estado de Santa Catarina está localizado na região sul do Brasil, ocupando a parte compreendida entre os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul. Com uma área de 95.346,181 Km², Santa Catarina configura-se como o sétimo menor Estado do País, ocupando 1,12% de sua área territorial e 16,57% da área da Região Sul, sendo que 21% da superfície possui solo de fertilidade natural elevada, podendo ser utilizada para qualquer cultivo. Dados do Senso Demográfico do IBGE 2000¹⁸ registram uma população de 5.356.360 habitantes, distribuídos em 293 municípios, resultando em uma densidade demográfica de 56,1 habitantes/Km².

A taxa média de crescimento populacional no Estado, que na década de 80 era de 2,05% ao ano, caiu para 1,8% no período de 1991-2000. A Taxa de Fecundidade Total

¹⁸ Segundo o site www.ibge.gov.br

de Santa Catarina, considerada pelos demógrafos uma das mais adequadas medidas de reprodução disponíveis, passou de 6,1 filhos em 1970, para 3,8 em 1980 e 2,1 em 1998.

O Quadro V mostra, de forma clara, que Santa Catarina está acima do nível do País, superando a esperança de vida, índice de alfabetização, renda per capita, entre outros.

Quadro V **Dados comparativos do Brasil e Santa Catarina**

	Santa Catarina	Brasil
População	5.356.360	169.799.170
Território (Km²)	95.346,181	8.514.215,3
Número de Municípios	293	5.507
PIB per capita (R\$)	6.446	5.647
Alfabetização (%)	93,2	86,7
Mortalidade (por 1000 nascidos vivos)	17,0	33,1
Esperança de vida ao nascer	71,3	68,6

FONTE: IDB 2000, IBGE 2001

No Quadro VI, observa-se que a taxa de crescimento populacional de Santa Catarina é maior que a média do Brasil e da Região Sul, apesar das taxas de natalidade e de fecundidade total serem baixas, sugerindo que o crescimento deva estar ocorrendo, principalmente, em função de processos migratórios. O Estado apresenta um grau de urbanização menos acentuado do que os estados vizinhos e igual ao da média nacional: 21,3% da população ainda vive em zonas rurais.

A esperança de vida ao nascer dos catarinenses, 71,3 anos, é superada apenas pela do Rio Grande do Sul. Para os homens, a expectativa de vida cai para 67,5 anos, enquanto as mulheres podem esperar viver, em média, até os 75,3 anos. Isso faz com que tenhamos 8% da população na faixa etária de idosos, influenciando o perfil epidemiológico do Estado e a demanda por serviços de saúde.

Quadro VI

Síntese dos Indicadores Demográficos

Região/UF	Taxa de Crescimento	Taxa Bruta de Natalidade	Taxa de Fecundidade Total	Taxa de Urbanização	Idosos na população (%)	Esperança de Vida ao Nascer		
						Mas	Fem	Total
Norte	2,86	28,9	2,8	69,9	5,5	65,6	71,7	68,5
Nordeste	1,31	24,0	2,3	69,1	8,4	62,7	68,9	65,8
Centro-Oeste	2,39	21,0	2,0	86,7	6,6	66,2	73,0	69,4
Sudeste	1,62	19,6	2,1	90,5	9,3	65,1	74,3	69,6
Sul	1,43	18,9	2,1	80,9	9,2	67,3	75,0	71,0
Paraná	1,40	19,6	2,1	81,4	8,5	66,9	73,8	70,3
Santa Catarina	1,87	18,9	2,0	78,7	8,0	67,5	75,3	71,3
Rio Grande do Sul	1,23	18,3	2,2	81,6	10,5	67,5	75,9	71,6
Brasil	1,64	21,5	2,2	81,3	8,6	64,8	72,6	68,6

FONTE: Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa /Ministério da Saúde, IBGE 2001

Verificando o perfil epidemiológico dos moradores da Capital de Santa Catarina – Florianópolis – percebemos que são variadas as causas de mortes, faixa etária e sexo, conforme nos mostra o Quadro VII:

Quadro VII Setor da Saúde em Florianópolis: perfil epidemiológico

Serviço / Óbito	Quantidade
Hospitais - 2000	10
Leitos Hospitalares - 2000	1.232
Unidades ambulatoriais - 1999	248
Postos de saúde - 1999	110
Centros de saúde - 1999	58
Ambulatórios de unidade hospitalar geral - 1999	5
Internações hospitalares - 2000	34.011
Óbitos - 1998	1.577
Óbitos - doenças infecciosas e parasitárias - 1998	92
Óbitos - neoplasias - tumores - 1998	342
Óbitos - doenças - sangue, órgãos hematológicos, transtornos imunitários - 1998	1
Óbitos - doenças - endócrinas, nutricionais e metabólicas - 1998	57
Óbitos - transtornos mentais e comportamentais - 1998	3
Óbitos - doenças - sistema nervoso - 1998	23
Óbitos - doenças - aparelho circulatório - 1998	517
Óbitos - doenças - aparelho respiratório - 1998	181
Óbitos - doenças - aparelho digestivo - 1998	68
Óbitos - doenças - sistema osteomuscular e tecido conjuntivo - 1998	2
Óbitos - doenças - aparelho geniturinário - 1998	28
Óbitos - doenças originadas no período perinatal - 1998	73
Óbitos - malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas - 1998	18

Óbitos - sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais - 1998	23
Óbitos - causas externas - 1998	179
Óbitos - pessoas - menos de 1 ano de idade - 1998	74
Óbitos - pessoas - 1 a 19 anos de idade - 1998	120
Óbitos - pessoas - 20 a 49 anos de idade - 1998	441
Óbitos - pessoas - 50 a 79 anos de idade - 1998	576
Óbitos - pessoas - 80 anos e mais de idade - 1998	354
Óbitos - homens - menos de 1 ano de idade - 1998	40
Óbitos - homens - 1 a 19 anos de idade - 1998	38
Óbitos - homens - 20 a 49 anos de idade - 1998	210
Óbitos - homens - 50 a 79 anos de idade - 1998	446
Óbitos - homens - 80 anos e mais de idade - 1998	132
Óbitos - mulheres - menos de 1 ano de idade - 1998	34
Óbitos - mulheres - 1 a 19 anos de idade - 1998	16
Óbitos - mulheres - 20 a 49 anos de idade - 1998	120
Óbitos - mulheres - 50 a 79 anos de idade - 1998	319
Óbitos - mulheres - 80 anos e mais de idade - 1998	222

FONTE: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 1998-2000; Malha municipal digital do Brasil: situação em 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

De acordo com Marchi (2001), é importante destacar a necessidade da ampliação do controle social para a efetivação do SUS. “[...] controle social é um dos pilares do SUS – junto com a integralidade, equidade, universalidade e descentralização”. Marchi, que é um conselheiro estadual de saúde, apresentou alguns obstáculos e avanços observados neste controle em Santa Catarina, como, por exemplo, a participação muitas

vezes encarada em muitos conselhos municipais e também nos estaduais como "concessão dos governantes". E, segundo Marchi, muitas vezes a participação não ocorre nas questões essenciais, as Políticas Públicas continuam sendo decididas pelo secretário e pelo prefeito, pelo alto escalão, ficando o conselho, muitas vezes, só no papel: ele existe na lei, para cumprir a norma, para o gestor receber os recursos, para ser aprovado um determinado tipo de gestão mas, no entanto, na prática, não funciona. Ou seja, o governante busca legitimar sua intervenção na sociedade através desse mecanismo de controle social, mas a participação do conselheiro, para controlar e avaliar o SUS, tem garantia constitucional e os conselhos e Conferências são referências de controle social.

Para Marchi, é muito mais fácil para um determinado governante implementar uma Política Pública de Saúde com a participação efetiva do conselho, tendo a participação da população na discussão e deliberação.

Nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003 ocorreu em Florianópolis a IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, de onde foi obtido um Relatório aprovado na Plenária Final que apontava como direito na saúde:

1. Exigir o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde por parte do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade.
2. Exigir que as três esferas de governo cumpram com os princípios e diretrizes do SUS.
3. Garantir o controle social nas três esferas de governo com a capacitação permanente dos conselheiros. [...]
5. Garantir transparência no uso dos recursos públicos e melhor orientação à população usuária para que a mesma possa fazer o controle social, a fiscalização e a denúncia, visando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.
6. Garantir o cumprimento da legislação em vigor [...].
9. Garantir a aplicação do princípio da equidade no atendimento do SUS, com o respaldo com o efetivo Controle Social e ampla comunicação em saúde no nível nacional; a fim de multiplicar informações sobre as diretrizes do SUS.
10. Garantir o atendimento adequado e os insumos necessários para os portadores de necessidades especiais visando a atenção integral à saúde das pessoas.

11. Garantir igualdade de acesso aos benefícios legais às pessoas portadoras de necessidades especiais tanto da zona rural como urbana. [...]
15. Facilitar o acesso mediante revisão dos critérios de elegibilidade, com menos burocracia ao benefício de prestação continuada, para a pessoa portadora de necessidades especiais, pautados na lei orgânica de assistência social [...]
21. Realização de conferência, até o final do 1º semestre 2004, para discutir e definir estratégias de implementação de políticas de saúde no Sistema Prisional, [...] com participação de Organizações Governamentais e Não Governamentais [...]
26. Viabilizar o teste rápido para HIV nos Hospitais, Maternidades, Postos de Saúde e Secretarias de Saúde, para funcionários e pacientes, com garantia do pré e pós-aconselhamento.
27. Considerar o fenômeno da pauperização progressiva da epidemia da AIDS para a ampliação e manutenção de benefícios sociais necessários para garantir a adesão adequada dos pacientes (portadores de HIV em uso a anti-retrovirais) aos medicamentos, serviços e equipes de saúde.
28. Garantir a continuidade das ações desenvolvidas em DST, HIV, AIDS e redução de danos no Estado de Santa Catarina [...].
31. Combater a burocracia e agilizar o atendimento, priorizando a informação correta aos usuários e profissionais de saúde, facilitando e garantindo o acesso e atendimento humanizado [...].
33. Estruturação dos espaços existentes (hospitais) de acordo com a realidade de cada região, não esquecendo a atenção integral à saúde [...].
41. Garantir que o Estado de Santa Catarina assuma os hospitais públicos terceirizados, fazendo concurso público e garantindo 100% de atendimento pelo SUS;
42. Garantir que o Estado de Santa Catarina assuma o fornecimento de medicamentos de uso contínuo de alto custo; fornecimento de órteses e próteses e demais serviços de média e alta-complexidade em todas as regiões do Estado;
43. Implantar serviços públicos de média e alta complexidade em todas as regiões do estado, priorizando o extremo oeste e garantindo este serviço público em especial nas regiões onde os indicadores sociais e epidemiológicos indiquem maior necessidade e/ou tenham o setor privado como prestador predominante [...].

O que pode ser verificado com isso é que a Saúde Pública em Santa Catarina está em fase de melhorias; com a IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, percebemos a importância da Saúde e a preocupação que o governo deve ter para melhor atender os cidadãos de Santa Catarina e do país.

No próximo capítulo, inicialmente abordaremos a Filantropia e sua relação com o trabalho Voluntário e o atendimento público no Hospital de Caridade e, finalizando este

trabalho, apresentaremos uma breve reflexão sobre nossa experiência de Estágio Obrigatório realizado no Serviço Social.

CAPÍTULO II FILANTROPIA, ATENDIMENTO PÚBLICO E SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DE CARIDADE

O Hospital de Caridade, localizado no Centro de Florianópolis, Capital de Santa Catarina, situado à Rua Menino Deus, 376, é uma entidade de fins religiosos e filantrópicos e tem como finalidade precípua o culto ao Senhor Jesus dos Passos e da Vera Cruz, bem como a administração e custeio do Hospital, promovendo direta ou indiretamente, o exercício da solidariedade humana, através da assistência médico-cirúrgica, hospitalar e ambulatorial. Sua finalidade é: Preventiva, curativa, educativa e de pesquisa. (FONTES, 1965).

A idéia da construção do Hospital surgiu na segunda metade do século XVIII, através da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos que se formou quando a imagem do Senhor Jesus dos Passos permaneceu na Vila do Desterro (atual Florianópolis) após três tentativas frustradas da embarcação, que levaria a imagem até a cidade do Rio Grande, entrar na Barra do Rio Grande do Sul. Isso levou a Irmandade a providenciar um local para guardar a imagem. Esta, de autoria de Francisco das Chagas (o Cabra), trata-se de uma representação de Jesus carregando a cruz para o Calvário.

Em 3 de julho de 1767, a Irmandade começou o processo de construção de um anexo à capela Menino-Deus para colocar o Senhor Jesus dos Passos, formando então, uma só construção. A Capela Menino-Deus foi fundada em 02 de maio de 1762 por Joana de

Gusmão¹. Ao lado, foi anexada sua residência e Dona Joana criou em sua casa um pequeno colégio de meninas. Em 16 de novembro de 1780, aos 92 anos, Joana de Gusmão falece junto ao altar do Menino-Deus onde foi sepultada, como era seu desejo. Após a morte de Joana e de suas companheiras beatas, a igreja do Menino-Deus foi entregue à Irmandade Jesus dos Passos.

O culto divino, no entanto, não se limitou à Irmandade, envolveu também os enfermos indigentes. Em 5 de julho de 1782 foi instituída a Caridade dos Pobres. Com isso, a Irmandade resolveu iniciar, em 7 de agosto de 1787, a construção do Hospital. Aos fins de 1788, o Hospital foi concluído e aberto aos pobres em 1º de janeiro de 1789.

O HC completou em julho de 2003, 221 anos; foi o primeiro Hospital de Santa Catarina e transformou-se, ao longo dos anos, em símbolo de uma proposta assistencialista-religiosa.

O HC é uma Instituição de Saúde que tem atendimentos de Alta Complexidade. A garantia de acesso aos procedimentos pertencentes à alta complexidade é de responsabilidade do Ministério da Saúde, Secretarias do Estado da Saúde e Distrito Federal.²

O HC é cadastrado pelo Ministério da Saúde (de acordo com o site <http://www.inca.gov.br>) como *CACON*³ I com Radioterapia e é regulamentado pela

¹ Joana de Gusmão, paulista, filha de Francisco Lourenço e Maria Álvares, teve seu marido, Antônio Gamboa, gravemente doente e após ser curado no recanto do Rio Iguape, ambos prometeram que após a viuvez não se casariam novamente, mas peregrinariam pelo mundo servindo a Deus e ajudando o próximo. Pouco tempo depois Joana de Gusmão ficou viúva e, chegando à Ilha de Santa Catarina em 1756, demonstrou o desejo de construir uma capela para abrigar a imagem.

² O Hospital de Caridade não possui documento detalhados à respeito do seu atendimento.

³ Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos. (www.inca.gov.br)

Portaria 3535 de 2 de setembro de 1998 do Ministério da Saúde. Possuindo as seguintes especialidades:

- Análises Clínicas, Anatomia-Patológica, Angioplastia, Cateterismo Cardíaco, Clínica de Cardiologia, Clínica Ginecológica e Mastologia, Clínica Médica, Clínica Médica Oncológica, Clínica de Terapia Intensiva, Clínica de Diagnóstico/Terapia Auxiliar, Dermatologia, Eletrofisiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Hemoterapia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pneumologia, Proctologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Realiza as Cirurgias de:

- Cirurgia de Cabeça / Pescoço, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Gastroplastia, Vídeo-Laparoscopia e NeuroCirurgia.

Além disso ainda realiza os seguintes tratamentos:

- Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hemodinâmica, Neuroradiologia e Radioterapia.

Atualmente o HC é uma das referências para o Estado como modelo médico-hospitalar e conta com 195 leitos ativos, distribuídos em 11 alas que são:

- Ala Irmã Bernadete (21 leitos)
- Ala Nossa Senhora das Graças (25 leitos)
- Ala São José (15 leitos)
- Ala Irmão Joaquim (13 leitos)
- Ala Nossa Senhora da Saúde (28 leitos) – enfermária
- Ala Doutor Antônio da Silva Gomes (10 apartamentos)
- Ala Menino Deus (5 apartamentos)
- Ala São Camilo (12 apartamentos)

- Ala Coração de Jesus (12 apartamentos)
- Ala Senhor Jesus dos Passos (10 apartamentos)
- Anexo Joana de Gusmão (44 leitos) – enfermaria

Além de 17 leitos distribuídos na UTI e UNICOR, Centro Cirúrgico (com 06 salas de cirurgias diversas), possui 617 funcionários, um atendimento médio diário de 176 pacientes⁴, realiza uma média de 15 a 18 cirurgias/dia através de 35 convênios⁵. A grande demanda, porém se dá através do SUS que atende cerca de 67,20% do total de atendimento, conforme estabelecido no Decreto nº 752, de 16 de fevereiro de 1993, que regulamenta a Lei nº 8.812, a qual dispõe sobre a concessão do certificado de Entidades de Fins Filantrópicos:

Art. 2º Faz jus ao Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a entidade beneficente de assistência social que demonstre, cumulativamente: [...] § 3º A entidade da área de saúde cujo percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde - SUS, seja, em média, igual ou superior a sessenta por cento do total realizado nos três últimos exercícios, fica dispensada da observância a que se refere o inciso IV⁶ deste artigo.

O HC é privado, mantido pela Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, organizado pelo Conselho Pleno, Mesa Administrativa e Provedor (todos fazem parte da Irmandade e são voluntários em seus serviços prestados ao Hospital). Como é uma entidade filantrópica, mantém 60% dos seus atendimentos ambulatoriais e de internação para o SUS.

⁴ Segundo estatísticas cedidas pelo Serviço Social no mês de dezembro de 2003.

⁵ Segundo Peruchi (2000)

⁶ Artigo 2º Inciso IV - aplicar anualmente pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços e de bens não integrantes do ativo imobilizado, bem como das contribuições previdenciárias usufruídas.

A seguir, apontaremos um breve histórico da Filantropia no Brasil, além de mostrar a visão dos funcionários do HC sobre o trabalho filantrópico que nele se realiza.

2.1 A FILANTROPIA NO BRASIL

De acordo com Mestriner (2001, p.14):

A filantropia (palavra originária do grego: *philos*, significa amor e *antropos*, homem) relaciona-se ao amor do homem pelo ser humano, ao amor pela humanidade. No sentido mais restrito, constitui-se no sentido, na preocupação do favorecido com o outro que nada tem, portanto, no gesto voluntarista, sem intenção de lucro, de apropriação de qualquer bem. No sentido mais amplo, supõe o sentimento mais humanitário: a intenção de que o ser humano tenha garantida condição digna de vida. É a preocupação de praticar o bem. E aí confunde-se com a solidariedade.

Portanto, a filantropia constitui-se – no campo filosófico e moral – como amor ao próximo (altruísmo) e compaixão, que levam a um voluntarismo não realizado no estatuto jurídico, mas no caráter da relação. A Igreja Católica atribui à filantropia o sentido da caridade, da benemerência.

Conforme a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 195, parágrafo 7º “São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendem às exigências estabelecidas em lei”, e conforme Mestriner (2001), além de não vir definida com clareza, a filantropia – na Constituição de 88 – é ainda colocada como “instrumento para conceder vantagens à associações. E não para garantir direitos à população” (p.51).

Mestriner (2001) nos mostra a Filantropia dividida em 07 períodos distintos, além de um pequeno histórico com a tipologia das organizações sociais:

- a) Filantropia Caritativa: assistência e repressão – Período Imperial até 1889 – Atendimento conjunto a órfãos, inválidos, enfermos, delinquentes e alienados. Sua regulamentação era religiosa, com testamentos, subscrições e auxílios provinciais (pela junta da Fazenda Nacional ou na Câmara Municipal do Império);
- b) Filantropia Higiênica: assistência, prevenção e segregação – Primeira República de 1889 a 1930 – Marcado por obras sociais, atendimento por especialidades para crianças (asilos, orfanatos e internatos), velhos e inválidos (asilos), alienados (hospícios), mendigos (asilos de mendicidade), doentes (sanatórios, dispensários e lazaretos) e imigrantes (instituições de auxílios mútuos). Sua regulamentação era Médico-religiosa, com auxílios provinciais (pela junta da Fazenda Nacional ou Câmara Municipal) e Jurídica, com o 1º Juízo de Menores no Rio de Janeiro (1923) e o Código de Menores (1927);
- c) Filantropia Disciplinadora: enquadramento nas normas técnicas e disciplinamento dos indivíduos – Getulismo de 1930 a 1945 – Tendo como organizações as instituições assistenciais: materno-infantil (hospitais, ambulatórios, postos de saúde), de proteção à infância (orfanatos, creches, internatos), de educação (educandários, pré-primário, primário, profissionalizante, educação de anormais, educação e reeducação de adultos), de proteção a jovens (organizações da juventude, escolas profissionais), de auxílios mútuos (instituições étnicas e de categorias profissionais), estatais (Departamento de Assistência Social de São Paulo –

1935 – SAM 1941), de formação (Centro de Estudos e Ação Social, escolas de Serviço Social), além do Movimento Católico Laico, ação católica, círculos operários, sindicatos, centros assistenciais complementares, instituições fomentadas pelo Estado – LBA – (1942), SENAI, Samdu (1945), instituições religiosas (protestantes, espíritas e evangélicas): albergues, centros de juventude, abrigos, instituições para deficientes físicos e mentais. Sua regulamentação era estatal, e deu-se pela Constituição de 1934. A filantropia disciplinadora foi um instrumento político importante na moldagem do corpo do trabalhador que se idealiza. Desenvolveu-se por meio de ações assistenciais fragmentadas, paliativas e emergenciais, longe de se constituir uma política de assistência social, o que será alcançada somente na Constituição de 1988, conforme artigo 195;

- d) **Filantropia Partilhada Profissionalizante – Estado Democrático Populista de 1946 a 1964** – Tendo como organizações as instituições criadas pelo Estado com o empresariado: Senac, Sesc e Sesi (todos de 1946), além dos movimentos comunitários. Sua regulamentação era Estatal e marcou-se pela complexidade da burocracia, com o Certificado de Filantropia em 1959. Nesta fase da filantropia, o ensino até o segundo grau era visto como direito de todos e não só da elite, devendo ser assumido pelo Estado; este, por sua vez, incentivou as instâncias estaduais e municipais a abrir escolas e aumentar as vagas. O ensino técnico e profissionalizante passou a ser a meta de todos os governos, enfatizando, com isso, o papel do Senai. A luta contra o analfabetismo também fez-se um alvo de todos os governos, devido aos índices serem altíssimos;

- e) **Filantropia de Clientela:** assistência e repressão – Estado Autoritário de 1964 a 1988 – Sendo organizada pela Funabem/Febem (1964), associações comunitárias, sociedade de amigos do bairro, associação de moradores, renovação pastoral, Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e por organizações sociais modernizadoras do Serviço Social frente à reconceitualização. Regulamentada pelo Estado. Neste período, a saúde, embora fosse considerada uma questão social e política, também foi tratada dentro da vertente economicista do momento, sendo reforçada como um espaço para acumular capital. Com o financiamento por parte do Estado de novos empreendimento privados, a rede de hospitais privados é ampliada, mas sua localização não se dá mediante à necessidade da população, mas por interesses econômicos;
- f) **Filantropia Viglada** – transição democrática 1985 a 1988 – Crescem as ONG's, os movimentos de defesa dos direitos e novos movimentos sociais. A Filantropia obtêm seu espaço com a Constituição em 1988;
- g) **Filantropia Democratizada** – Estado democrático de 1988 a 1999 – Expansão dos Conselhos setoriais, ONG's, organizações civis, centros de defesa dos direitos e fundações empresariais. Regulamentada pela Constituição Federal de 1988, o ECA de 1990, a Loas em 1993, Lei do Voluntariado e Filantropia em 1998, além da extinção da LBA e CNSS e criação do CNAS. Período conturbado em virtude do recadastramento das entidades e renovação dos certificados de fins filantrópicos. Também verificou-se um grande avanço no número de entidades portadoras do Certificado de Fins Filantrópicos: no período do CNSS existiam 3 mil, em

2000, com o CNAS, já passavam de 6.500 entidades, em variadas área de atuação, conforme aponta o Quadro VII abaixo:

Quadro VII Entidades cadastradas por área de atuação

Área de Atuação	Quantidade	Porcentagem
Assistência Social	5.169	37,1
Educação	2.737	19,6
Saúde	2.202	15,8
Outras	3.834	27,5
Total	13.942	100,0

FONTE: Serviço de Cadastro – CNAS, 11/4/2000 *apud* Mestriner 2001.

Nesse período também são presentes essas entidades em todos os Estado do Brasil, conforme nos aponta o Quadro VIII abaixo:

Quadro VIII Número de entidades por unidade da Federação

Estados Brasileiros	Entidades registradas	Porcentagem	Entidades Registradas e filantrópicas	Porcentagem	Total de entidades	Porcentagem
Acre	14	0,19	6	0,09	20	0,14
Alagoas	175	2,37	39	0,60	214	1,50
Amapá	22	0,30	4	0,06	26	0,18
Amazonas	41	0,55	28	0,43	69	0,46
Bahia	333	4,50	182	2,78	515	3,50
Ceará	447	6,05	154	2,35	601	4,30
Distrito	125	1,70	101	1,54	226	1,60

Federal						
Goiás	220	2,98	130	2,00	350	2,50
Maranhão	415	5,62	37	0,57	452	3,24
Mato Grosso	117	1,58	62	0,95	179	1,28
Mato Grosso do Sul	101	1,36	82	1,25	183	1,30
Minas Gerais	1.326	17,86	968	14,77	2.294	16,35
Pará	169	2,29	56	0,86	225	1,60
Paraíba	126	1,71	59	0,90	185	1,31
Paraná	589	7,98	627	9,56	1.216	8,50
Pernambuco	444	6,01	99	1,56	543	3,60
Piauí	137	1,85	23	0,35	160	1,14
Rio de Janeiro	369	4,99	504	7,69	873	8,24
Rio Grande do Norte	160	2,16	47	0,72	207	1,44
Rio Grande do Sul	509	6,89	622	9,48	1.131	8,11
Rondônia	57	0,77	16	0,24	73	0,50
Roraima	07	0,10	03	0,04	10	0,07
Santa Catarina	295	3,99	326	4,96	621	3,60

São Paulo	842	11,50	2.239	34,16	3.081	22,09
Sergipe	136	1,84	41	0,63	177	1,25
Tocantins	84	1,14	14	0,21	98	0,70
Total	7.387	100	6.555	100	13.942	100

FONTE: Serviço de Cadastro – CNAS, 11/4/2000 *apud* Mestriner 2001.

Em vários níveis sociais e segmentos surgem iniciativas mobilizadoras de recursos financeiros, materiais e humanos, através do voluntariado, aparecendo em forma de instituições comunitárias até grandes movimentos como o de Ação da Cidadania, contra a Fome e a Miséria, Viva Rio, entre outras. As atividades vão desde atendimentos em creches até implantação de atividades esportivas e oficinas artísticas.

Conforme Mestriner (2001), nesse período cresce a filantropia empresarial, com o objetivo de conquistar a imagem de empresa social, comprometida com as questões sociais, ambientais e educacionais, tornando-se a nova estratégia de marketing adotada pelo mercado:

Começando com o apoio a instituições da comunidade, geralmente acabam concentrando seus recursos num serviço ou projeto próprio com a marca da empresa, que lhes dê visibilidade social e cause impacto na opinião pública e consumidores. (p. 282)

Portanto, o interesse das empresas hoje é descobrir a “boa estratégia filantrópica” para a qual dar a sua marca.

Contudo, através de tais apontamentos sobre a filantropia no Brasil, podemos concluir que a *Filantropia Disciplinadora* marcou-se pelo enquadramento físico, moral e social do pobre, visando eliminar sua “vadiagem”, tornando-o um trabalhador produtivo. Esta veio em substituição à *Filantropia Higiênica*, que enclausurava loucos, leprosos e doentes transgressores. Na *Filantropia Partilhada Profissionalizante* surgem as exigências

de capacitação profissional de trabalhadores empobrecidos, principalmente os jovens e adolescentes. Com a *Filantropia de Clientela*, a relação entre Executivo e Legislativo trouxe um apadrinhamento da indicação política para a decisão sobre a filantropia, instalando-se, então, uma nova forma à assistência pública. E, finalmente, com a inserção da Assistência Social na Constituição de 1988 como política pública efetivadora de direitos sociais, dá-se o crescimento das ONG's, constituindo-se, a *Filantropia Democratizada*.

Conceituar teoricamente a filantropia não nos parece um trabalho muito fácil, porém a fim de abrandar a tarefa de entendê-la, no mês de dezembro de 2003, conversamos com uma pequena parcela de funcionários de variados setores⁷ do HC.

Para tanto, utilizamos uma escala⁸ visando preservar a identidade dos entrevistados. Ao longo das citações foi empregado a simbologia “[...]” como forma de suprimir algumas partes das falas e reticências para expressar pausas nas falas dos entrevistados, assim como também, foram transcritas na íntegra as respostas e comentários, de modo que se preservasse a maneira peculiar de falar de cada um dos funcionários.

Ao perguntarmos aos funcionários o que eles entendiam pela Filantropia do HC, obtivemos as seguintes respostas:

“Pelo menos [...] no Anexo eles se preocupam não só pela manutenção da saúde mas visam o paciente como um todo; fazem campanhas, ajudam, fazem doações...”. (F26)

“Já estou aqui há 16 anos e nem sabia que era filantrópico. Sei que ele mantém a filantropia para não pagar impostos. Alguns leitos que apontam como SUS a gente sabe que não é. O Hospital até tem filantropia... os pacientes ganham, mas o Hospital também ganha. E hoje existe o Anexo graças às voluntárias. Antes delas era bem horrível, conseguiram elevador e divisória”. (F44)

“Ele tem o título de entidade filantrópica, creio eu que por causa do Anexo, mas não é que não gera lucro.. Bem, na verdade gera porque o

⁷ Apêndice A

⁸ Escala:

Gênero – Feminino (F) / Masculino (M)

Idade

SUS paga. O Hospital se promove com isso porque as pessoas fazem doações. O Anexo existe graças às voluntárias". (M27)

"Nós não visamos fins lucrativos. O Hospital tem mais de 200 anos, segue uma cultura (a devoção). Todos da mesa administrativa são voluntários. O provedor é delegado aposentado. A nossa filantropia está voltada a ter um trabalho assistencial onde nosso principal objetivo é atender os enfermos pobres mantendo a nossa história e tradição de uma Instituição religiosa". (F30)

"Que filantropia? Dar sabonete? Pasta de dente? (risos) Totalmente equivocada. Vocês não sabem o que é filantropia e Serviço Social. Se auto intitulam sem saber o que é. Aham que o Serviço Social é dar. Primeiro teriam que entender o sentido da palavra". (F26)

"Funciona, é bem organizado". (F20)

"Nós tivemos uma palestra sobre isso... mas eu não vejo nada disso aqui [...] só com uma aquinão dá conta, quem sabe agora dá certo!". (F26)

"Eu acho que aqui no Hospital existe, que é a parte da oncologia e o resto em partes funciona, tem o Anexo que existe e a radioterapia, mas na parte cirúrgica não". (F45)

"Eu sei que a Filantropia tem que prestar serviços aos SUS, funciona até muito bem inclusive, todos são bem atendidos. Eu acho, na verdade que os Hospitais deveriam ser separados: só público ou só privado". (M29)

"Pra falar a verdade eu nem sei o que significa essa palavra, mas eu acho que é um mesmo atendimento para todo mundo". (F27)

"É um hospital conveniado pelo SUS que na minha opinião não é filantrópico porque ele recebe, né. E filantropia é um atendimento gratuito. Não acredito que no Brasil exista um hospital que atenda gratuitamente a população". (M45)

"Acontece bastante coisa boa, principalmente o atendimento, as pessoas são bem atendidas". (F41)

"O nosso hospital atende SUS ,mas é mais particular. A filantropia funciona sim, nosso hospital tem mais de 700 funcionários e é o próprio hospital que paga, não o governo. Por isso que o atendimento é muito mais dedicado que os outros". (F44)

"Acho a idéia boa mas poderia ser mais atraente. Até no atendimento de emergência poderia ser realmente na parte filantrópica que a gente sabe que é complicado. Mas vai melhorar, estão até reformando as chamadas alas do SUS". (M29)

"Vejo a filantropia como a parte que atende o SUS. Ele é isento de taxas pelo atendimento que ele presta à população carente e também pela nossa mesa administrativa que é toda voluntária, eles pagam para trabalhar aqui". (F41)

O que pôde ser verificado é que grande parte dos funcionários do Hospital não entende o real significado de um trabalho filantrópico e, muito menos, o que vêm sendo realizado no HC.

A filantropia é, no presente momento, a categoria em que o Estado coloca as iniciativas da sociedade que considera de utilidade pública, mas para isso é necessário que esclareça o que é utilidade pública na ótica do direito. O que vêm acontecendo é a confusão de filantropia com solidariedade. Por outro lado, infelizmente em algumas instituições filantrópicas, a solidariedade não é sinônimo de filantropia, embora tidas como autônomas em relação aos recursos públicos; muitas dessas instituições, de acordo com Neto (1995), beneficiam-se de várias formas desse recurso; na dedução do imposto de renda, apuração dos balanços e lucros das empresas, isenções tributárias decorrentes de alegadas finalidades filantrópicas (apontadas pelo autor como *pilantrópicas*) e, principalmente, no uso dos serviços públicos pelos seus beneficiários, principalmente em emergências e procedimentos de alto custo.

No entanto, muitas entidades filantrópicas são acompanhadas por voluntários que realizam os mais diversos trabalhos, apontados a seguir.

2.1.1 O Voluntariado

Segundo Mestriner (2001, p.34), “as atividades associadas e baseadas no voluntariado começaram a ganhar impulsos nos anos 70 e conquistaram força renovada nas últimas décadas”. Os movimentos mais expressivos foram os movimentos e organizações

de mulheres, indígenas, minorias étnicas, consumidores, ecologistas. Mas é no campo de combate à pobreza e assistência social que este setor ganha mais expressão.

A Sociedade “Grupo Voluntárias da Esperança” realiza serviços voluntários no HC, com sua sede no Anexo Joana de Gusmão. O serviço do voluntariado iniciou no HC com a Beata Paulista Joana de Gusmão, em 1756, já citada neste Capítulo, na página 43. Por volta de 1955, seguindo os passos de Joana de Gusmão, a Senhora Ketty Merlin deu continuidade ao trabalho voluntário, prestando assistência de cunho social e religioso aos pacientes internados.

Com o decorrer do tempo, o trabalho foi crescendo e necessitando ser organizado. Foi então que se criou, em 26 de maio de 1988, através de Assembléia Geral, a diretoria composta por um Coordenador, Conselho Deliberativo e Fiscal, a Sociedade “Grupo de Voluntárias da Esperança”, uma sociedade civil beneficente, sem fins lucrativos que não possui receita própria pois se mantém com doações da comunidade.

De acordo com a Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998;

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Em 5 de março de 1995, com a ajuda do Grupo de Voluntárias da Esperança, foi construído o Anexo Joana de Gusmão, com 44 leitos (distribuídos igualmente para masculinos e femininos), possuindo toda a infra-estrutura para atender pacientes portadores de câncer, procedentes, em sua maioria, do interior do Estado, a fim de realizarem tratamentos de radioterapia e quimioterapia.

O artigo 1º do Estatuto que rege a Sociedade dispõe: “A Sociedade Grupo de Voluntárias da Esperança é destinada a prestar auxílio psico-social e material aos pacientes internados pelo SUS, no Hospital de Caridade”:

- a) Desenvolvem atividades sociais, religiosas e recreativas no espaço hospitalar e fora dele, visando ao bem estar dos pacientes;
- b) Ajudam na manutenção da Ala Anexo Joana de Gusmão;
- c) Colaboram com realização de campanhas a fim de angariar fundos para a sua manutenção e a do Hospital;
- d) Através do Serviço Social, ajudam os funcionários quando eles necessitam;
- e) Executam atividades de ministro da eucaristia da Igreja Católica, com a distribuição da comunhão aos pacientes internados;
- f) Ministram palestras de orientação geral;
- g) Realizam a distribuição de kits de higiene pessoal, conseguidos com doações;
- h) Buscam parcerias com outras sociedades para arrecadar donativos a fim de suprirem as necessidades dos pacientes e do próprio grupo.

O Grupo Voluntários da Esperança realiza trabalho com os pacientes diariamente, sempre em sintonia com o Serviço Social, para que estes não recebam apenas doações, mas orientações importantes durante a sua estadia no Hospital e no seu regresso para casa.

Além do Grupo Voluntários da Esperança, a Irmandade do Senhor Jesus dos Passos também realiza um trabalho voluntário no HC, conforme o Artigo 47 do Capítulo VI do *Compromisso da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade*: “Os Irmãos e Irmãs que integram os órgãos de Administração [...] não poderão receber qualquer remuneração ou vantagem em função do cargo que exercem”.

O Serviço Social trabalha diretamente com o Grupo de Voluntários do HC, dentre muitas das suas atribuições que serão destacadas a seguir.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DE CARIDADE

De acordo com Matos (2003), a atuação do Serviço Social na área da saúde “deve estar fundamentada nos valores e princípios do projeto ético-político profissional e da reforma sanitária” (p. 114), ou seja, o Assistente Social deve atender as seguintes questões:

Construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (p. 95)

Isso tudo deve estar acompanhado de uma leitura da realidade presenciada pelo profissional de Serviço Social, e este é um dos maiores desafios do Assistente Social no presente, segundo Iamamoto (2001, p.20) “[...] desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade* e construir *propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano*”.

Segundo Oliveira (2003), o Serviço Social no HC iniciou suas atividades em 1960, num contexto marcado pela caridade cristã e pelo assistencialismo, contribuindo para uma prática imediatista emergencial que vem sendo reproduzida até os dias atuais.

Inicialmente a Instituição contava com duas estagiárias de Serviço Social, sem sala própria, elas trabalhavam nas enfermarias ou onde solicitassem suas intervenções. A primeira contratação de um profissional de Serviço Social no HC foi em 1962, quando uma das estagiárias foi efetivada. Sua primeira atuação foi no acompanhamento individual dos pacientes e na realização de campanhas para doação de sangue entre familiares e pacientes.

Com a saída desses profissionais⁹, o Serviço Social no HC foi desativado, e todas as documentações das intervenções realizadas com os pacientes foram incineradas pelos próprios Assistentes Sociais, pois se tratava de material sigiloso e exclusivo do Serviço Social e não haveria mais ninguém para dar continuidade.

Segundo Guedes (1997), o Serviço Social desenvolvia, em 1991, os seguintes Programas:

a) Programa de Atendimento aos Empregados;

Consistia em um atendimento de ordem social aos empregados do Hospital. Dentro deste Programa encontrava-se o projeto de reativação do Grêmio Recreativo Cultural Dom Helder Câmara, desenvolvido por uma estagiária de Serviço Social.

b) Programa de Assessoramento e Supervisão do Serviço Social ao Serviço Voluntariado;

Tinha como objetivo o assessoramento e a supervisão do grupo de voluntárias para capacitação e aprimoramento desse serviço. Isso ocorria através de reuniões, contatos e treinamentos.

c) Programa de Atendimento ao Paciente e Familiares Usuários dos Serviços do Hospital de Caridade.

Visava o atendimento aos pacientes e familiares que utilizavam os serviços hospitalares, com o objetivo de contribuir para plena recuperação do paciente.

⁹ Não existem registros sobre o número de profissionais nem a data de desativação e reativação do Serviço Social.

Atualmente, segundo Relatórios de 2003 do Serviço Social do Hospital, sua atuação se dá em quatro Programas:

a) Atuação do Serviço Social na Internação do Paciente;

Trabalha com o paciente e seus familiares nas situações que possam surgir em decorrência de sua internação ou alta hospitalar; tem como objetivos:

- Garantir o atendimento de ordem psicossocial aos pacientes internados e seus familiares;
- Identificar situações objeto de intervenção do Serviço Social;
- Participar da equipe interdisciplinar no tratamento aos pacientes;
- Informar aos pacientes e seus familiares sobre os recursos existentes na comunidade;
- Identificar as aspirações, necessidades e problemas dos pacientes internados;
- Preparar pacientes e familiares para a alta hospitalar;
- Coletar dados para a melhoria dos serviços prestados pelo Hospital aos pacientes;
- Interpretar as rotinas hospitalares aos pacientes e/ou familiares;
- Distribuir manual de orientações aos pacientes de radioterapia.

b) Programa Educativo e de Terapia Ocupacional com os Pacientes em Tratamento Prolongado;

Desenvolver atividades de lazer em parceria com o SESC e o Grupo de Voluntários da Esperança do Hospital de Caridade; suas metas são:

- Desenvolver atividades propostas no Programa;
- Contribuir para a interação entre pacientes e equipe multiprofissional;

- Estimular a participação de todos os pacientes no desenvolvimento das atividades;
- Promover a participação da equipe de enfermagem do setor e voluntariado nas atividades;
- Promover reuniões com pacientes e equipe de enfermagem;
- Viabilizar espaços e materiais para o desenvolvimento das atividades;
- Promover passeios com estes pacientes;
- Estimular encontros com o Grupo da Terceira Idade do SESC.

c) Assessoramento ao Voluntariado do Hospital de Caridade;

Visa o aprimoramento do serviço voluntário:

- Capacitar através de treinamento do voluntariado;
- Esclarecer as normas e rotinas do grupo para os novos integrantes;
- Contribuir para a integração do grupo através de reuniões, nas quais serão debatidos assuntos pertinentes ao trabalho;
- Buscar parcerias com profissionais de outras instituições para realização de palestras.

d) Assessoramento e Orientação aos Funcionários do Hospital de Caridade.

Visa humanizar o ambiente de trabalho:

- Esclarecer e resgatar, junto ao funcionário, normas e rotinas da Instituição;
- Prestar atendimento aos funcionários que solicitem a intervenção do Serviço Social;
- Orientar as funcionárias quanto à necessidade do exame preventivo do câncer de colo uterino¹⁰;

¹⁰ Foi realizado, durante o Estágio, um Projeto de Prevenção do Câncer do Colo do Útero com as funcionárias do Hospital de Caridade.

- Proporcionar cursos e palestras cujos temas venham a atender os interesses dos funcionários;
- Promover a integração entre os funcionários;
- Realizar visitas domiciliares, quando se fizer necessário.

Além disso, o Serviço Social está envolvido com o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” e participa da Equipe Intra-Hospitalar de Captação e Transplante de Órgãos.

O profissional de Serviço Social é subordinado ao Diretor Técnico¹¹ e, segundo o Plano Anual de 2003, no decorrer do ano, o Serviço Social atuou na:

- a) Participação da Equipe Multiprofissional;
- b) Participação de eventos ligados aos serviços de saúde, para reciclagem e aperfeiçoamento profissional;
- c) Busca de recursos na comunidade para atender a demanda da Instituição;
- d) Participação das reuniões semanais do Grupo de Humanização;
- e) Supervisão de estagiárias;
- f) Participação das reuniões na UFSC;
- g) Elaboração de relatório anual ao término do ano corrente, com descrição das atividades.

O Serviço Social trabalha diretamente com os usuários; tanto na efetivação dos seus direitos enquanto cidadãos, quanto no auxílio de problemas que possam acarretar-lhe durante a sua internação no HC. Para que esse trabalho seja melhor realizado, é de extrema importância que o Serviço Social conheça seus usuários. Portanto, abaixo iremos destacar a opinião dos atendidos e dos atendentes sobre Saúde Pública.

¹¹ Anexo A

2.2.1 A Saúde Pública no Hospital de Caridade na visão do paciente

Não podemos falar de Saúde Pública sem citar os seus usuários, portanto, adotando a mesma escala da página 57 deste capítulo¹², fomos perguntar aos pacientes¹³ o que entendiam por Saúde Pública. Faz-se importante lembrar que, da mesma maneira, ao longo das citações será empregada a simbologia “[...]” como forma de suprimir algumas partes das falas, bem como reticências para expressar pausas. Também serão transcritas na íntegra as respostas e comentários, para preservar a maneira peculiar de falar de cada um dos entrevistados.

Finalmente, obtivemos como respostas os relatos abaixo:

“É uma coisa boa né, ótima né. Pra quem tem dinheiro não, pra quem não tem ajuda. Sempre que precisei do SUS eu consegui, demora uns dias mas é atendido”. (MN46 lavrador SUS)

“Ai menina, não entendo nada disso...é né.....é a primeira vez que tô precisando e tá ajudando”. (MJ51 comerciante SUS)

“É muito bom, desde a hora que a gente tá se servindo dela. Sempre consegui ser atendido”. (ME72 pedreiro aposentado SUS)

“É muito bom pra gente, fomos muito bem atendidos, isso temos que falar pra você. Eu entendo que dão tudo de graça, não precisa pagar nada”. (FS52 agricultora SUS)

“É bom, aqui né, porque lá pra casa é pior. É um direito, não é um favor. É o que a gente merece e precisa”. (FI42 do lar SUS)

“Acho que é muito importante porque atende os necessitados. O SUS faz um bom atendimento”. (MV50 montador de móveis SUS)

“Até agora sempre consegui atendimento. A gente não vai querer demais, só o que o mais necessário eu consegui”. (FR32 costureira SUS)

¹² Além de colocarmos sua inicial, profissão e plano de saúde.

¹³ Apêndice B

“Ai querida... se não fosse a Saúde Pública eu estava morta há 17 anos atrás porque eu não tinha condições de bancar o marca-passos e graças a Deus já fiz a terceira vez. Fiz o primeiro implante em 86. Tem que pagar uma consulta aqui e outra lá mas não é tudo do bolso. Espero que melhore ainda mais” (FM53 agricultora SUS)

“Vejo como um bom programa de saúde se fosse executado plenamente. A gente só se preocupa com a saúde se está estudando sobre ela ou sofrendo da falta dela”. (MA64 funcionário público aposentado UNIMED)

“É estar tendo um atendimento, é claro que é de outra qualidade, uma má qualidade”. (MA54 aposentado UNIMED)

“Pra falar a verdade é uma calamidade pública, salva-se um ou outro hospital. Dá até pena, tem poucas exceções”. (MW81 aposentado UNIMED)

“A Saúde Pública eu acho que depende do dinheiro do Governo, né? É aquilo que o Governo proporciona ao povo que não tem outro convênio. Olha...eu não sei bem...mas como dizem, é o ‘camburão do inferno’! Acho que não seja tanto assim, mas o povo passa muita dificuldade quando precisa de um exame, leva até meses!! Até lá a pessoa se tinha que morrer morreu. Já passei por muitos Governos, antes era menos gente, era mais fácil, antes eles davam medicamentos, antes era melhor. Está um pouco falido, parece que há um esforço. Mas eu acho que os profissionais deveriam ser mais bem pagos e ter mais locais de atendimento”. (FE61 empresária CASSI)

“Bem, eu acho que é a saúde que todas as pessoas têm acesso e teoricamente deve ser propiciado, pelo menos o básico, pelo Governo”. (FM médica UNIMED)

“Na verdade a gente não sabe, mas de um modo geral todo mundo é atendido, é para o bem de todo mundo”. (MH73 gerente aposentado UNISANTA)

“Não funciona porque eles não têm grana, é uma pobreza, eles têm até boa vontade mas não tem dinheiro”. (FM73 do lar UNIMED)

Nos relatos acima, pudemos contatar que todos os pacientes que estavam tendo atendimento pelo SUS, mostravam-se contentes, mas aqueles que tinham um plano de saúde, relatavam uma certa apatia pelo SUS, ou seja, mesmo não utilizando os serviços, acreditavam que o SUS não iria suprir suas necessidades daquele momento. Mas em geral, a grande maioria mostrou-se satisfeita com o tipo de atendimento prestado; o que nos levou a perguntar sobre o atendimento realizado no Hospital:

“Aqui eu cheguei ontem e to gostando por enquanto”. (MN46 lavrador SUS)

“O Hospital tem atendimento muito bom, o que falta aqui é a higiene dos pacientes, mas não adianta! Eles fazem reunião toda a semana mas eles não escutam, principalmente nos banheiros”. (ME72 pedreiro aposentado SUS)

“Aqui no Hospital eles são muito querido, mas a gente sente saudade de casa. Já fui internada em Rio do Sul pelo SUS mas não gostei. A enfermeira é muito estúpida e muito chata. Aqui elas são muito queridas. Se tivessem me perguntado lá em Rio do Sul eu já tinha falado mal daquela enfermeira”. (FS52 agricultora SUS)

“Aqui no Hospital tá ótimo.” (MV50 montador de móveis SUS)

“Eu, na minha opinião, tô sendo atendida da melhor forma possível, fiz minha operação do coração...os médicos tratam a gente com carinho, que Deus os ilumine sempre, ajudando as pessoas”. (FR32 costureira SUS)

“Excelente! Não tenho nada a reclamar. A única reclamação quanto o Hospital não é nem do atendimento, mas é o barulho da passarela Nego Quirido, não deviam deixar construir isso perto de um Hospital”. (MA54 aposentado UNIMED)

“É o melhor possível dentro das possibilidades, eu acho que é um dos melhores de Santa Catarina”. (MW81 aposentado UNIMED)

“Pra mim está ótimo, né, provavelmente é para todo mundo. O pessoal daqui é qualificado, desde a enfermeira até a moça que vem limpar aqui”. (FE61 empresária CASSI)

“Na outra vez que vim aqui tava tudo quebrado, o atendimento é precário devido a situação, mas os funcionários são muito humanos”. (FM73 do lar UNIMED)

Com isso, percebe-se que o índice de aprovação do atendimento do HC é praticamente 100%, desde os pacientes atendidos através de convênios até os que são atendidos pelo SUS.

Diante do bom conceito no atendimento pelo SUS do HC, tornou-se importante verificar também, com os funcionários¹⁴, a idéia que eles tinham sobre o que é a Saúde Pública:

“Saúde Pública previne e faz a manutenção de várias doenças”. (F26)

“Eu entendo que é a Saúde que todos nós temos direito e deveríamos ter esse acesso que deveria ser rápido”. (F44)

“É gratuita e tem uma qualidade não tão boa como deveria”. (M27)

“Saúde Pública significa a saúde do cidadão e isso vai estar embutido na cultura de cada um dentro de uma base familiar. A Saúde Pública tem o dever de educar a comunidade, desde métodos anticoncepcionais até Doenças Sexualmente Transmissíveis para que ele possa ter uma boa qualidade de vida e saúde. Igual como tem aqueles Agentes de Saúde que vão de casa em casa para fazer um acompanhamento do cidadão. Eu acho que a Saúde Pública está muito ligada à cidadania e educação porque uma pessoa que não tem saúde, como podemos chamá-la de cidadão?” (F30)

“É assistência médica para todos os tipos de caso que recorrer para ser atendido rápido. Deveria ter mais prevenção e atendimento eficiente”. (F26)

“Entendo como um meio de atendimento da população, dar informações às pessoas menos entendidas”. (F20)

“Saúde é a área patológica, e pública são todas as pessoas que precisam de recursos para uma vida satisfatória. Eu já trabalhei na área do SUS mas não vi diferença em medicação, alimento, atendimento...só os quartos que são privados aqui. Para o paciente eu não vejo diferença: os medicamentos vêm da mesma farmácia, os médicos vão lá e aqui. Só tem uma coisa: o paciente particular chama e nós somos obrigados a ir, no SUS eles são educados e pedem por favor. Lá é ‘enfermeira, vem aqui...’ aqui é ‘ô atendente!’ ou ‘ei, técnica’. Eles fazem questão de te mostrar o teu lugar, mas também não são todos”. (F26)

“Sou funcionário público pelo Hospital Nereu Ramos e vejo a Saúde Pública como uma medicina preventiva. Deveria funcionar assim, pelo menos”. (M29)

“É a gente ter que estar sempre de luva para pegar o lixo, cuidar com a bactéria. Fazer o preventivo, cuidar da gente mesmo, sabe? Pra mim saúde é isso, cuidar de si próprio. Sempre manter unhas bem limpas, uniforme também, né?”. (F27)

¹⁴ Importante lembrar que para os funcionários vale a primeira escala, ou seja, apenas o Gênero e a Idade.

“Saúde Pública no Brasil é a assistência à saúde dada pelo Governo tanto Federal, Estadual e Municipal”. (M45)

“Que eu saiba é um atendimento pela saúde, né? Realiza atendimento....mas quando precisa é um ano para conseguir”. (F41)

“Deveria ser o atendimento tanto da parte médica como social também, que atinja todas as camadas”. (M29)

“E tem Saúde Pública? Eu particularmente não sei se no Brasil tem. Tem muito o que fazer, se fosse trabalhado seria a parte preventiva, aí não existiria tanta doença, então falta muito para melhorar, ter qualidade, poder trabalhar a parte preventiva da população. A parte curativa é um custo muito alto para o governo, mas no nosso país não é essa a prioridade”. (F41)

Verifica-se, portanto, que apesar de estarem trabalhando diretamente com os usuários da Saúde Pública, alguns funcionários não acreditam na eficácia do atendimento, pois encontram diariamente pessoas com diversas reclamações de atendimentos do SUS, anteriores à sua vinda ao HC. Percebemos a importância de destacar o comentário da funcionária de 26 anos, que deixa bem claro a diferença no tratamento do paciente para com o funcionário quando aquele está internado por um plano de saúde ou particular. Quando F26 fala: “[...] no SUS eles são educados e pedem por favor. Lá é ‘enfermeira, vem aqui...’ aqui é ‘ô atendente!’ ou ‘ei, técnica’. Eles fazem questão de te mostrar o teu lugar, mas também não são todos”, percebemos que, mesmo o HC realizando um tratamento por igual, na medida do possível, ainda há uma diferença no tratamento do Público e Privado de ambos os lados; tanto com os pacientes, que não possuem quarto privado e ficam na fila de espera, quanto com os funcionários, que são destratados por muitos pacientes que se acham superiores por estarem pagando pelo atendimento, sendo que todos pagam impostos e merecem ter um atendimento público digno.

Foram, portanto, esses usuários (pacientes e funcionários) os trabalhados durante o Estágio Curricular Obrigatório que será apresentado a seguir.

2.3 O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO: UM BREVÍSSIMO APRENDIZADO PRÁTICO EM SERVIÇO SOCIAL

Conforme Ferreira (1986), “estágio” significa “tiroínio”, que é a prática de determinadas funções como exercício preliminar para o desempenho das mesmas, e “obrigatório” é algo imposto por lei. Verificamos, portanto, que um Estágio Obrigatório é a prática imposta por lei de determinadas funções para, posteriormente, o indivíduo ter um melhor desempenho daquelas.

O Anteprojeto de Lei de 25 de agosto de 2003 dispõe sobre os estágios de estudantes de Instituições de educação superior e o Congresso Nacional decreta que:

Art. 1º [...] § 1º O estágio se destinará à preparação para o trabalho do educando vinculado à educação superior e à educação profissional que o capacite tecnicamente para o exercício de profissão ou do ensino médio, [...], que lhe permita estabelecer práticas vivenciais no mundo do trabalho.

Art. 3º [...] § 1º Cabe à instituição de ensino orientar e preparar seus alunos de forma a propiciar que obtenham resultados positivos desse ato educativo.

§ 2º A validade do estágio relacionado à educação superior e à educação profissional, que prepare o educando para o exercício de profissões, pressupõe:

I – frequência regular do educando em curso superior ou de educação profissional.

II – celebração de termo de compromisso entre o educando e a parte concedente, com interveniência obrigatória da instituição de ensino;

III – acompanhamento efetivo do estágio por professor-orientador, interagindo com o supervisor de estágio da parte concedente.

IV – duração máxima, na mesma empresa, de até dois anos; e

Art. 5º A jornada máxima de atividade em estágio deverá ser compatível com as atividades escolares, ser definida de comum acordo entre a instituição de ensino, a parte concedente e o aluno estagiário ou seu representante legal e não ser superior:

I - a seis horas diárias e trinta semanais para educandos da educação superior e da educação profissional que o capacite para o exercício profissional;

Desde o 1º semestre de 1999 que o Estágio Supervisionado Obrigatório do curso de Serviço Social da UFSC é realizado na sétima fase, com carga horária de 450 e pode ser feito em organizações públicas ou privadas conveniadas à Universidade. Segundo Iamamoto (2002, p.290);

O estágio é concebido como processo de qualificação e treinamento teórico-metodológico, técnico-operativo ético-político do aluno, inserido no campo profissional, em que realiza sua experiência de aprendizagem sob a supervisão direta de um assistente social, que assume a função de supervisor de campo.

Normalmente esta experiência profissional é o tema para o trabalho final de curso (TCC) que é avaliado por uma banca examinadora.

O estágio no HC foi realizado com a supervisão da Assistente Social do Hospital, Salete Maria da Silva, sendo sua terceira supervisão.

Foi através de uma primeira observação e uma posterior ação que se conheceu a atuação do Serviço Social em uma Instituição Privada de Saúde. Como o HC tem somente uma Assistente Social, todo o trabalho realizado pela profissional foi acompanhado; desde a organização de Encontro de Voluntárias, até o agendamento de ambulâncias.

Costa (2000, p.56) cita alguns dos serviços “emergenciais” realizados pelos Assistentes Sociais em Hospitais e que também são realizados no HC: agilização de exames e consultas médicas, antecipação de datas para exames e/ou entrega de remédios quando o paciente necessita viajar, transporte em ambulâncias para pacientes, seja para consultas, exames, e até alta hospitalar.

Ao nosso ver, isso não é apontado como assistencialismo, mas sim como uma prática profissional atribuída ao Assistente Social, pois este, segundo seu Código de Ética no Artigo 8º, (Lei 8662/93) tem como dever “empenhar-se na viabilização dos direitos

sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”, e o citado acima nada mais é do que o cumprimento do Artigo 196 da Constituição Federal.

Através de um conhecimento maior sobre os direitos à saúde, foram colocadas em prática as seguintes atividades:

- a) Entrevistas Sócio-Econômicas¹⁵ para garantir acompanhantes sem ônus na sua estadia a pacientes que necessitavam (desde que tivessem idade acima de 18 e abaixo de 65, pois não era garantida por lei). Essa necessidade era verificada pela Chefia de Enfermagem do Setor;
- b) Visitas a pacientes pós-cirúrgicos com o intuito de verificar o atendimento no Hospital e esclarecer dúvidas quanto aos seus direitos;
- c) Participação nos Programas Educativos e de Terapia Ocupacional com os Pacientes em Tratamento Prolongado, desenvolvendo atividades de lazer em parceria com o SESC;
- d) Auxílios previdenciários a pacientes e/ou seus acompanhantes;
- e) Agendamento nas ambulâncias para pacientes em alta quando a família não possui condições de buscá-lo;
- f) Agendamento de consultas no CEPON para pacientes do Anexo;
- g) Contato com as Secretarias de Saúde dos Municípios a fim de fornecer informações sobre seus pacientes;
- h) Reuniões, junto à Assistente Social, com a Ala masculina do Anexo para esclarecer normas de rotinas do HC.

No decorrer do semestre ainda foi presenciado o Serviço Social trabalhando com captação de órgãos. Este processo se dá através de um contato rápido da UTI para o Serviço Social; este, por sua vez, conversa com a família após a notícia do falecimento

¹⁵ Anexo B.

pelo(a) médico(a) intensivista¹⁶. Se a família autorizar, é assinado um termo de consentimento e imediatamente é acionado o Serviço de Captação de Órgãos.

Além da captação de órgãos, ainda foi acompanhado um auxílio funeral. Este processo ocorre através do contato com a Prefeitura da Cidade de Origem do paciente e do auxílio na liberação do Atestado de Óbito.

Um trabalho muito visado, durante o período de estágio, foi a viabilização de direitos previdenciários para as pacientes portadoras de câncer de colo de útero. Este objetivo foi alcançado através do contato diário com as pacientes. Num primeiro momento, eram realizadas as entrevistas com o intuito de conhecê-las para poder então realizar os encaminhamentos se necessários. Num segundo momento, o Serviço Social solicita a documentação necessária para o recebimento de benefícios como: Auxílio doença, aposentadoria por invalidez, aposentadoria por tempo de serviço, além do FUNRURAL. Finalmente, o paciente é encaminhado para a perícia médica a fim de receber seu benefício, conforme o Ministério da Previdência e Assistência Social (2001);

O auxílio doença é um benefício de prestação continuada oferecida ao segurado que ficar incapacitado temporariamente para o seu trabalho por motivo de doença ou em decorrência de acidente de qualquer causa ou natureza. A Incapacidade temporária deve ser atestada pela Perícia Médica do INSS. Todos os segurados têm direito a receber auxílio-doença. Os empregados têm direito a partir do 16º dia consecutivo de incapacidade. Até o 15º dia, a empresa será responsável pelo pagamento integral do salário do empregado. [...]

A aposentadoria por invalidez é um benefício de prestação continuada paga ao segurado que ficar incapaz para o trabalho de forma permanente. Também neste caso a invalidez do segurado deverá ser atestada pela Perícia Médica do INSS. [...]

A Aposentadoria por tempo de contribuição é um benefício de prestação continuada devido ao segurado que completar um período mínimo de contribuição ao sistema previdenciário.

Em virtude da maioria dos trabalhadores rurais trabalharem sem carteira assinada havia uma grande parcela de trabalhadores que não tinham acesso aos seus

¹⁶ Médico da UTI

direitos. SIMIONATTO (2003, p.16) explica “A política de assistência à saúde vinculada à Previdência Social fez com que a carteira de trabalho fosse o certificado legal de uma cidadania regulada [...] excluindo do acesso as camadas de classe não vinculadas ao mercado formal de trabalho”.

Para que o trabalhador rural tivesse seu direito garantido, foi criado o FUNRURAL em 25 de maio de 1971, conforme a Lei Complementar 6.195;

Art. 2º O Programa de Assistência ao Trabalhador Rural consistirá na prestação dos seguintes benefícios:

- I - aposentadoria por velhice;
- II - aposentadoria por invalidez;
- III - pensão;
- IV - auxílio-funeral;
- V - serviço de saúde;
- VI - serviço de social.

Art. 3º São beneficiários do Programa de Assistência instituído nesta Lei Complementar o trabalhador rural e seus dependentes.

§ 1º Considera-se trabalhador rural, para os efeitos desta Lei Complementar:

- a) a pessoa física que presta serviços de natureza rural a empregador, mediante remuneração de qualquer espécie.
- b) o produtor, proprietário ou não, que sem empregado, trabalhe na atividade rural, individualmente ou em regime de economia familiar, assim entendido o trabalho dos membros da família indispensável à própria subsistência e exercido em condições de mutua dependência e colaboração.

Durante o período de estágio os pacientes procuraram o Serviço Social e muitos deles conseguiram marcar suas perícias, mas como este processo muitas vezes torna-se demorado – devido alguns auxílios previdenciários serem realizados de acordo com a disponibilidade dos outros Órgãos responsáveis (perícia, Secretarias de Saúde, Prefeituras) – alguns pacientes o concluíam em sua cidade de origem.

Ao iniciar o estágio, não tínhamos idéia do número de atendimentos que pudessem ser realizados para um único paciente. Durante todo esse período, as pacientes do Anexo que apresentaram diversas e variadas solicitações foram acompanhadas.

Grande parte das solicitações foi concretizada no mesmo dia, dependendo apenas do sucesso no contato realizado com as Secretarias de Saúde, quando necessário. Segundo Costa (2000, p. 55, 56), a maioria das atividades do Assistente Social consiste em providenciar o atendimento às “urgências sociais” que envolvem todo o processo de prestação de serviços, tais como os exemplos citados acima.

Verificou-se, portanto, que durante o período de estágio a maioria dos atendimentos foi para usuários do SUS, além de realizar trabalhos em conjunto com os Voluntários do HC.

ALGUNS APONTAMENTOS (IN)CONCLUSIVOS

No contexto da realidade brasileira, após 16 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, em nosso entendimento, ainda existem questões contraditórias: se os cidadãos, no texto legal, têm acesso universal às ações e serviços básicos e complexos de saúde, qual o sentido da existência da ação filantrópica? As ações e serviços estão sendo planejados e programados de acordo com as necessidades de saúde da população ou conforme a vontade política local? A atuação dos Conselhos de Saúde tem produzido impactos significativos na melhoria das condições de saúde da população?

Estas questões, mesmo sem respostas conclusivas, nos trazem inquietações; parece-nos que com as mudanças introduzidas a partir da criação do Sistema Único de Saúde, as decisões em matéria de Saúde Pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas no desenho e formulação da política de saúde, trazendo importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório. Nesse sentido, conforme mostramos, ao longo da trajetória da Política de Saúde no Brasil, o Serviço Social vem se colocando nas discussões sobre Saúde Pública através da participação nas entidades deliberativas. Tais entidades são materializadas através dos Conselhos de Saúde que entre outras funções se destacam pelos trabalhos de capacitação, por apoiar os chamados Agentes de Saúde, oferecendo-lhes treinamentos para abordar o usuário, pelos Programas de conscientização da comunidade em relação à política sanitária em todas as suas dimensões como o saneamento, higiene, trabalho, meio ambiente; e na garantia de acesso aos direitos à saúde, tão pouco conhecidos entre a maior parte da população brasileira.

De acordo com Costa (2000), os Assistentes Sociais são a 4ª categoria de nível superior que compõem as equipes de saúde, atrás somente dos médicos, dentistas e enfermeiros. Acreditamos que esse crescimento se dá porque, diferentemente, das outras áreas de produção de bens e serviços, na saúde não há uma redução da força de trabalho, mesmo que sejam implementados novos serviços. Nas últimas décadas, vem ocorrendo um aumento da procura pelos serviços do Assistente Social, mas o número desses profissionais em Hospitais, clínicas e Postos de Saúde ainda é insuficiente para atender toda a demanda. No Hospital de Caridade, por exemplo, há apenas uma Assistente Social para um número muito elevado de funcionários, pacientes, família dos internados, além da demanda externa (moradores próximos ao Hospital); isso faz com que muitos atendimentos fiquem sem continuidade, prejudicando enormemente o processo de trabalho do Assistente Social.

Analizando o trabalho do Assistente Social na área da saúde tendo como referência o senso comum, não é difícil concluir que este limita-se ao atendimento do paciente quando solicitado. Depois da experiência de Estágio e da elaboração deste trabalho percebeu-se que mesmo com o tempo de duração do Estágio Curricular Obrigatório reduzido a 450 horas, denotando ao aluno a preocupação constante de realizar o Relatório de Estágio, tornando-o o principal objetivo do Estágio, é necessário que o aluno tenha a oportunidade de aprofundar-se em uma área de interesse profissional, a qual fica em segundo plano.

Todavia, entendemos que tal problema aumenta quando o curso é noturno, pois a grande maioria dos alunos trabalha e não disponibiliza de tempo para realizar o Estágio durante o dia.

Ao trabalharmos a Saúde Pública no Brasil e em Santa Catarina, verificamos que muito já foi feito para assegurar os direitos dos cidadãos; paralelo a isso, muito ainda é necessário fazer para que todos tenham acesso a esses direitos.

O Assistente Social tem um papel importante no processo de regularização dos direitos descritos na Constituição Brasileira, principalmente nas unidades hospitalares, pois “não é o Serviço Social que define a demanda a que atende, mas a demanda que procura espontaneamente ou é encaminhada ao Serviço Social” (VASCONCELOS, 2002 p.486), devendo este, portanto, fornecer aos que procuram os seus serviços, um atendimento de qualidade. Já a Filantropia no Brasil é algo muito recente e não faz parte ainda do entendimento da grande população, tornando-se um sinônimo, para muitos, de Assistência Social.

As questões apontadas tanto pelos funcionários como pelos pacientes do Hospital de Caridade, resultaram em muitas informações, e nos apresentam questões bastante complexas, convidando-nos a destacar vários aspectos, desde os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, até a atuação dos serviços filantrópicos do Hospital de Caridade. Nos parece importante que as Direções Administrativa, Técnica e Social do Hospital de Caridade busquem não apenas explicitar estes aspectos, mas tentar ultrapassar as limitações práticas que este Trabalho de Conclusão de Curso mostra através das entrevistas com os Funcionários e Pacientes.

Percebemos na fala de alguns funcionários uma concepção pautada no senso comum no que diz respeito à prática do Serviço Social. Em alguns depoimentos fica clara a dificuldade de alguns funcionários em entender o trabalho do Assistente Social fora da ótica filantrópica: *“Que filantropia? Dar sabonete? Pasta de dente? Totalmente equivocada. Vocês não sabem o que é filantropia e Serviço Social. Se auto intitulam sem saber o que é. Açam que o Serviço Social é dar. Primeiro teriam que entender o sentido da palavra”*. (F26). *“Nós tivemos uma palestra sobre isso... mas eu não vejo nada disso aqui [...] só com uma aqui não dá conta, quem sabe agora dá certo!”*. (F26).

Oliveira (1996) utiliza essa distinção: a assistência social, além de ser um direito do cidadão, é uma assistência contínua, apoiada na provisão de bens ou concessão de auxílios financeiros ou materiais conjugados a prestação de serviços sociais, que visam a promoção social através da educação dos grupos mais vulneráveis; por outro lado, a filantropia, possui caráter descontínuo, gerando dependência para com o doador, além de tratar-se de uma prática paternalista, paliativa e clientelista, pautada na concepção humanística de amor ao próximo a qual se materializa via solidariedade.

[...] ao trabalhar a demanda individual da assistência como assistencialismo, atenuará as tensões e secundariamente, atenderá a demanda dos setores populares, mas, de modo fundamental, reforçará a necessidade do Estado camuflar as desigualdades sociais, legitimando-as e reproduzindo as relações sociais capitalistas. (CARVALHO, 1987, p. 58).

Nesse sentido entendemos que é necessário a ordenação de um trabalho social no Hospital de Caridade, visando a formação de uma consciência coletiva no quadro de funcionários, bem como dos usuários sobre o papel do Serviço Social, o direito à saúde e ao atendimento de qualidade.

Com a realização deste trabalho foi possível verificar que a Saúde Pública no Brasil possui pontos negativos e positivos e que a tarefa do Assistente Social é a viabilização dos direitos apontados na Constituição Federal (em seu artigo 196, principalmente), em parceria com as Entidades Filantrópicas, Grupo de Voluntários e Governos Municipal, Estadual e Federal.

No que diz respeito aos conceitos de Saúde Pública e Filantropia, e a relação destes com o Serviço Social do Hospital de Caridade, verificamos que a Saúde Pública no Brasil nasceu pós uma longa trajetória histórica que vem desde a colonização mas que só tornou-se um direito de todos na Constituição de 1988. A Saúde Pública tem por objetivo prevenir e/ou tratar as doenças de todos os cidadãos, sem distinção.

A Filantropia legalmente não aparece claramente definida na Constituição, mas tornou-se um assunto atual, embora na prática seja um instrumento conhecido, tanto pela sociedade civil quanto pela sociedade política.

Em Santa Catarina, já são mais de 300 entidades que possuem o registro filantrópico. A filantropia pode surgir tanto com iniciativas mobilizadoras de recursos financeiros e materiais, até auxílio humano – através do voluntariado. Este, por sua vez, cresceu nos anos 70 e agora faz parte de muitas instituições, auxiliando o trabalho do Assistente Social.

O Serviço Social do Hospital de Caridade trabalha diretamente com as Políticas Públicas de Saúde, oportunizando a efetivação dos direitos de seus usuários, atuando junto aos voluntários para que os pacientes tenham, durante a sua permanência no Hospital, todas as suas carências supridas; seja em relação às necessidades materiais, até as necessidades enquanto cidadãos de direitos. Importante lembrar que estas – as Políticas Públicas de Saúde – são supridas pelo Serviço Social e aquelas – o trabalho filantrópico – pelo Grupo de Voluntárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anteprojeto de Lei de 25 de agosto de 2003. Disponível em <<http://www.reitoria.ufsc.br/estagio/documentos>> Acesso em 06/01/2004.

Atendimentos de Alta Complexidade. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/>> Acesso dia 20/10/2003.

BRASIL. **Código Civil, Código de Processo Civil e Constituição Federal**. Anne Joyce Angher, coordenação. Coleção de Leis Rideel, Série mini 3 em 1. 3ª edição, Rideel, São Paulo; 2003.

_____. **Código de Ética do Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Conselho Federal de Serviço Social – CEFESS. 3ª edição revista e atualizada, Brasília; 1997.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Previdência Social. Previdência e Estabilidade Social: **Curso Formadores em Previdência Social**. 7º volume, 2ª Edição, Série Estudos, Brasília; 2001.

CARVALHO, A. M. P. **O Serviço Social nas Relações Sociais**: movimentos populares e alternativas de políticas sociais. São Paulo: Cortez, 1987.

CASTIEL, Luis David. **Saúde Pública**. Pesquisador do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP. O que é Saúde Pública. Disponível em <<http://www.saudepublica.cict.fiocruz.br/>> Acesso em 23/11/2003.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

Compromisso da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade. Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade. Florianópolis; setembro de 2001.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. In: Serviço Social e Sociedade. Cortez, ano XVIII, nº62, p.35-71, São Paulo; março de 2000.

_____, Nilson do Rosário; MINAYO, Cecília de Souza; RAMOS, Célia Leitão & STOTZ, Eduardo Navarro. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Ed. Vozes, vol 1. Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Petrópolis, Rio de Janeiro; 1989.

Dados do IBGE Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 05/12/2003.

Decreto nº 752 de 16/02/1993. Disponível em <<http://www.fesehf.org.br/CNAS/htm>>. Acesso dia 14/12/2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira, 1ª edição, Rio de Janeiro; 1986.

Folder informativo do Anexo Joana de Gusmão. Estatuto da “Sociedade Grupo de Voluntárias da Esperança”. Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade. Florianópolis; 2001.

FONTES, Henrique da Silva. **A Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e o seu Hospital e Aqueles que os Fundaram**. Edição do Autor, Florianópolis; 1965.

GIOVANELLA, Lígia; DRUMMOND, Jocélio; SKABA, Márcia Marília Fróes; OLIVEIRA, Roberta Gondim de & SÁ, Valéria Martinez de. **Eqüidade e Saúde no Brasil**. In: *Saúde em Debate*. Centro brasileiro de estudos de saúde – CEBES. Ed. Universigraf, nº 49-50, Londrina; 1995/96.

GUEDES, Gisele Fernandes. **Visão da Equipe Interdisciplinar do Hospital de Caridade**. Universidade Federal de Santa Catarina, Trabalho de Conclusão de Curso, Florianópolis; 1997.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do Saneamento** – as bases da Política de Saúde Pública no Brasil. Ed. Hucitec Ampcs. São Paulo; 1998.

Hospital de Caridade. Disponível em <<http://www.hospitaldecaridade.com.br>> Acesso dia 20/10/2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Editora Cortez, 5ª edição, São Paulo; 2001.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

Lei 9.608 de 18/02/98. Serviço Voluntário. Disponível em <http://www.mp.pe.gov.br/procuradoria/caops/caop_fundacoes_novo/legislacao/htm>. Acesso dia 27/12/2003.

Lei Complementar nº 6.195 de 25/05/1971. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso dia 08/07/2003.

LUCCHESE, Patrícia T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. BVS Saúde Pública Brasil, 2002. Disponível em <<http://saudepublica.bvs.br/itd/>> Acesso em 19/01/2004.

MARCHI, Júlio César. **II Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde a ampliação do controle social no Sistema Único de Saúde**. Médico, 2001. Disponível em <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/Julio.html>> Acesso em 19/02/2004.

MATOS, Maurílio Castro de. **O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90**. In: Serviço Social & Sociedade – Saúde, Qualidade de Vida e Direitos. Cortez Editora. Ano XXVI, 74, São Paulo; julho de 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes Dilemas do SUS**. Ed. Casa da Qualidade, Tomo I, Salvador; 2001.

MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como política** – um estudo de formuladores de políticas. Editora Hucitec, São Paulo; 1992.

MESTRINER, Maria Luiz. **O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social**. Editora Cortez, São Paulo; 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

NETO, Eleutério Rodríguez. **O SUS e o Setor Privado**: vamos moralizar essas relações. In: Saúde em Debate. Nº 49-50 (dez/95 a mar/96), p.9 e 10. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Editora Universigraf, Londrina; 1995.

OLIVEIRA, Geovana Michelli de. **A Questão do Absenteísmo na relação de Trabalho: uma abordagem do Serviço Social no Hospital de Caridade**. Universidade Federal de Santa Catarina, Trabalho de Conclusão de Curso, Florianópolis; 2003.

_____, Heloisa José de. **Assistência Social**: do discurso do Estado à prática do Serviço Social. 2ª ed. Florianópolis: ed. Da UFSC, 1996.

PERUCHI, Rita. **Sinopse da História da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade**. Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade, Florianópolis; julho de 2000.

Relatório aprovado na plenária final - IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/conferencia/RELAT%D3RIO%20APROVADO%20NA%20PLEN%C1RIA%20FINAL.doc>> Acesso dia 28/12/2003.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**. Trajetória da Saúde Pública. Editora SENAC, São Paulo; 2002.

SERRA, José. **Ampliando o Possível - A Política de Saúde no Brasil**. Saúde em Debate 138. Editora HUCITEC, São Paulo; 2000.

SIMIONATTO, Ivete. **Caminhos e Descaminhos da Política de Saúde no Brasil**. In: Revista Inscrita. Dossiê CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), nº 01, p. 15 – 20, Florianópolis; janeiro de 2003.

TARRIDE, Mario Ivan. **Saúde Pública: Uma complexidade anunciada**. Editora Fio Cruz, Rio de Janeiro; 1998.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. Coleção Pensamento Social e Saúde, Volume 3, Editora Cortez Abrasco. São Paulo; 1989.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. Editora Cortez, São Paulo; 2002.

APÊNDICE A

ENTREVISTA COM OS FUNCIONÁRIOS

IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS E HOSPITAL DE CARIDADE
SERVIÇO SOCIAL

ENTREVISTA (funcionários)

Nome: _____

Idade: _____ Cargo: _____

O que você entende por Saúde Pública?

O que você entende sobre a Filantropia do Hospital de Caridade?

APÊNDICE B

ENTREVISTA COM OS PACIENTES

IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS E HOSPITAL DE CARIDADE
SERVIÇO SOCIAL

ENTREVISTA (pacientes)

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Cidade de Origem: _____ Estado Civil: _____

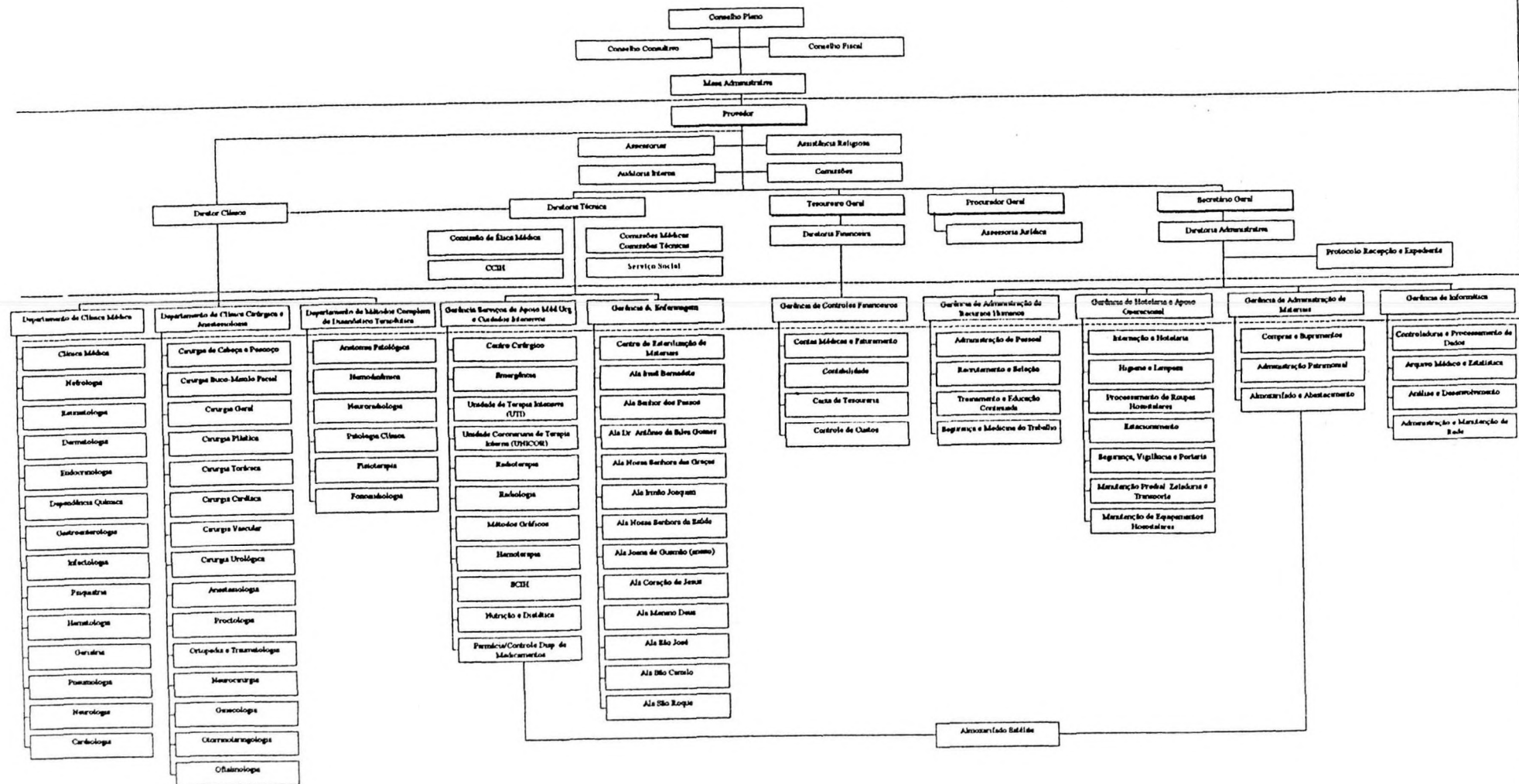
Ala: _____ Leito: _____ Internação: ____/____ Patologia: _____

O que você entende por Saúde Pública?

Você está satisfeito com o atendimento do Hospital de Caridade?

ANEXO A**ORGANOGRAMA DO HOSPITAL DE CARIDADE**

Organograma do Hospital de Caridade



ANEXO B

ENTREVISTA SÓCIO-ECONÔMICA

IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS E
HOSPITAL DE CARIDADE
SERVIÇO SOCIAL

ENTREVISTA SÓCIO-ECONÔMICA

1 – IDENTIFICAÇÃO:

NOME:-----U.I.-----
IDADE:-----SEXO:-----ESTADO CIVIL:-----
ENDEREÇO:-----
PROFISSÃO:-----
RENDIMENTO:-----

2 – SITUAÇÃO FAMILIAR:

RESIDE: () SOZINHO () FAMÍLIA () AMIGOS () CASA MORADIA
Nº PESSOAS NA FAMÍLIA : () 2 () 3 () 4 () 5 () +6
FAMÍLIA DEPENDE DE SUA RENDA? () SIM () NÃO . Q.TOS-----
FAMÍLIA AUXILIA NA RENDA? () SIM () NÃO. Q.TOS-----
RENDIMENTO FAMILIAR:-----

3 – SITUAÇÃO HABITACIONAL

() PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA () OUTROS
INFRA-ESTRUTURA () LUZ () ÁGUA () REDE () POÇO

4 – OUTRAS INFORMAÇÕES:

GASTOS MENSAIS	VALORES MENSAIS
ALIMENTAÇÃO	
LUZ	
ÁGUA	
ALUGUEL	
MEDICAMENTOS	
OUTROS	
TOTAL DESCONTOS	

05 – TOTAL DA RENDA FAMILIAR (Após descontos):

06 – AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA:

07 – ENCAMINHAMENTOS:

ASSISTENTE SOCIAL

FLORIANÓPOLIS-----/-----/-----